

Reija Paananen
Tiina Ristikari
Marko Merikukka
Antti Rämö
Mika Gissler

Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimusaineiston valossa

RAPORTTI



RAPORTTI 52/2012

Reija Paananen, Tiina Ristikari, Marko Merikukka, Antti Rämö, Mika Gissler

Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 –tutkimusaineiston valossa



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Tätä tutkimusta ovat rahoittaneet
Emil Aaltosen Säätiö,
Kansaneläkelaitos,
Suomen Akatemia ja
Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

© Kirjoittajat ja Terveysten ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-245-696-0 (pdf)
ISSN 1798-0089 (pdf)
ISBN:URN 978-952-245-696-0
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-696-0>

Helsinki, 2012

Lukijalle

Reija Paananen, Tiina Ristikari, Marko Merikukka, Antti Rämö, Mika Gissler. Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 –tutkimusaineiston valossa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 52. 2012. 46 sivua. Helsinki 2012.

Lapsuudessa luodaan perusta myöhemmälle hyvinvoinnille. Nuorten ongelmista puhuttaessa unohdetaan usein, että hyvinvointierot ja syrjäytyminen ovat ilmiöitä, jotka usein juontavat juurensa varhaisempiin elämänvaiheisiin. Geneettinen perimä yhdessä kasvuolosuhteiden ja ympäröivän yhteiskunnan kanssa muokkaa ihmistä, ja sukupolvelta toiselle siirtyy henkisiä, sosiaalisia, aineellisia ja kulttuurisia elämänhallinnan voimavaroja. Hyvinvoinnin tukemiseen tulisikin satsata jo varhain, sillä yhteiskuntaan kiinnittymisen alkaa jo heti syntyessä, jopa sikiökaudella. Yhteiskunnan ulkopuolelle luisuminen pitäisi pysäyttää jo ennen ongelmien ilmaantumista. Tiedetään, että suurimmassa syrjäytymisvaarassa ovat ne, joiden omat resurssit ja mahdollisuudet ovat jo alun alkaen muita heikommat, esimerkiksi vammaisuuden, sairastavuuden tai vanhempien ongelmien vuoksi.

THL:n Kansallinen syntymäkohortti 1987 –tutkimuksessa on seurattu suomalaisten viranomaisten ylläpitämien rekisterien avulla kaikkia vuonna 1987 Suomessa syntyneitä noin 60 000 lasta sikiökaudelta vuoden 2008 loppuun saakka. Tutkimuksessa on havaittu, että sukupolvelta toiselle periytyvät ongelmat ja huono-osaisuus ovat tämän päivän Suomessa laaja ja monitahoinen yhteiskunnallinen ongelma. Suurella osalla nuorista menee hyvin, mutta on huomattava joukko lapsia ja nuoria, jotka tarvitsisivat tukea päästäkseen kiinni yhteiskuntaan.

Tutkimuksessa on tähän mennessä selvinnyt, että vuonna 1987 Suomessa syntyneistä joka viides on 21 vuoden ikään mennessä saanut psykiatrista erikoissairaanhoidoa tai lääkitystä mielenterveysongelmiinsa. Peruskoulun jälkeinen tutkinto puuttuu noin 18 prosentilta tästä ikäluokasta. Heistä 40 prosentilla on mielenterveysongelmia. Toimeentulotukeen on joutunut jossakin vaiheessa turvautumaan 23 prosenttia 1987 syntyneistä, ja 26 prosentilla on merkintä poliisin tai oikeuslaitoksen rekisterissä joko lievistä rikkomuksista tai saaduista tuomioista. Huostaan otettuna tai kodin ulkopuolelle sijoitettuna on ollut 3 prosenttia ikäluokasta. Hyvinvoinnin ongelmat, kuten kouluttamattomuus, mielenterveys- ja toimeentulo-ongelmat kasvautuvat ja vanhempien ongelmat liittyvät kiinteästi lasten myöhempään hyvinvointiin ja mielenterveysongelmiin.

Vuonna 1987 syntyneiden ikäluokka varttui 1990-luvun laman aikana, jolloin työttömyys ja taloudelliset vaikeudet kohtasivat huomattavaa osaa perheistä. Myös tuolloin tehdyt poliittiset päätökset heijastuvat tähän päivään. Lasten ja perheiden peruspalveluita karsittiin voimakkaasti, ja ehkäisevästä työstä tingittiin. Koululaisten terveystarkastuksia vähennettiin, neuvolan perhevalmennuksia karsittiin, lapsiperheiden kotipalvelut ajettiin alas ja koulujen ja päiväkotien resursseissa ja henkilömitoituksissa säästettiin. Edelleenkin kunnissa ei ehkäisevää ja hyvinvointia tukevaa työtä ole saatu lamaa edeltävälle tasolle, ja samalla korjaavien palveluiden käyttö ja kulut nousevat jatkuvasti. Nykyinen palvelujärjestelmä vastaa huonosti ihmisten todellisiin tarpeisiin, ongelmat ovat tänä päivänä monitahoisia ja kokonaisuuden huomioiminen nykyisessä sektoripalvelujärjestelmässä on vaikeaa ja hidasta.

Tämän raportin tarkoituksena on antaa yleiskuva tämän päivän nuorten aikuisten hyvinvoinnista ja myöhempään hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Tutkimuksen tarkoituksena on tarjota tietoa, mihin ehkäiseviä toimia ja voimavaroja on suunnattava. Lasten hyvinvointi lähtee perheiden hyvinvoinnista, mutta muilla kehitysympäristöillä kuten päiväkodilla, koululla ja harrastuksilla on suuri merkitys arjen sujumisen ja hyvinvoinnin turvaamisessa.

Avainsanat: Kansallinen syntymäkohortti 1987, hyvinvointi, mielenterveys, syrjäytyminen, terveys, ylisukupolvisuus

Sisällys

Lukijalle	3
Johdanto	7
Aineisto	8
Yleiskuva lasten ja nuorten hyvinvoinnista	10
Koulutus ja toimeentulo	12
Terveys	14
Mielenterveys.....	14
Psyykenlääkkeet	17
Seksuaali- ja lisääntymisterveys	17
Fyysinen terveys	18
Rikollisuus.....	20
Kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret	22
Vanhemmat	24
Vanhempien koulutuksen suhde lasten hyvinvointiin	26
Vanhempien toimeentulotuki ja lasten hyvinvointi	27
Vanhemman terveys ja lasten hyvinvointi.....	28
Vanhemman mielenterveyden ongelmat	28
Vanhemman vakava fyysinen sairaus	29
Hyvinvointi alueellisesti.....	30
Pohdinta.....	37
Johtopäätökset ja suositukset	43
Lähteet	45

Johdanto

Lapsen kehitykseen ja hyvinvointiin vaikuttavat sekä perimä että biologinen, psykologinen ja sosiaalinen ympäristö. Siihen vaikuttavat myös yhteiskunnalliset päätökset sekä sukupolvien ketjussa siirtyvät sosiaaliset, aineelliset ja kulttuuriset elämänhallinnan voimavarat. Ihminen on kokonaisuus, jossa fyysinen ja psyykkinen terveys kietoutuvat yhteen.

Syntymärekisteri perustettiin Suomeen vuonna 1987. Kansallinen syntymäkohortti 1987 – tutkimuksessa seurataan kaikkia juuri sinä vuonna Suomessa syntyneitä 60 069 lasta sikiökaudelta vuoden 2008 loppuun saakka. Tutkimuksessa selvitetään lapsuuden ja nuoruusajan erilaisia biologisia, sosiaalisia ja ympäristöön liittyviä tekijöitä ja tarkastellaan niiden merkitystä nuorten aikuisten hyvinvoinnissa ja syrjäytymisessä. Tutkimuksessa on yhdistetty aiempaa monipuolisemmin saatavilla olevaa suomalaista rekisteritietoa eri sosiaali- ja terveystalouden käytöstä, koulutuksesta ja rikollisuudesta. Aineistossa on myös runsaasti tietoa lasten vanhemmista, joten koossa on kattava otos tämän ikäluokan elämästä. Pitkäaikainen rekisteriseuranta avaa aivan uudenlaisia mahdollisuuksia tutkia eri tekijöiden ja ylisukupolvisten olosuhteiden yhteyksiä toisiinsa ja myöhempään elämään.

Tutkimuksesta selviää, miten lapsuuden olosuhteet ja perheen tilanteet vaikuttavat monin tavoin myöhempään elämään. Vanhemman kuolema, vakava sairastuminen tai taloudelliset ongelmat liittyvät kiinteästi lasten myöhempään hyvinvointiin. Aiempien tutkimusten mukaan vanhempien sairastuminen, etenkin mielenterveysongelmat lisäävät lasten ongelmia. Tutkimuksia vanhempien muiden sairauksien ja ongelmien yhteydestä lapsen hyvinvointiongelmiin on kuitenkin hyvin vähän ja käytetyt aineistot ovat pieniä. Tiedetään myös, että perheen taloudelliset ongelmat saattavat heikentää lasten ja nuorten hyvinvointia, mutta selkeä näyttö vaikutusten laajuudesta puuttuu.

Nuorten aikuisten jääminen koulutuksen tai työmarkkinoiden ulkopuolelle on eriarvoistumisen avainkysymyksiä. Nuorille, jotka eivät perusasteen koulutuksen jälkeen suorita vähintään toisen asteen koulutusta, yhteiskuntaan kiinnittyminen on muita vaikeampaa.

Kokonaisvaltaisen ehkäisevän ja hyvinvointia tukevan työn edellytyksenä on tieto hyvinvointia uhkaavista ja suojaavista tekijöistä. Tutkimuksesta selviää, että hyvinvointiongelmat, kuten kouluttamattomuus, mielenterveys- sekä toimeentulo-ongelmat kasautuvat ja että sosioekonominen ja alueellinen eriarvoisuus on tämän päivän Suomessa huomattavan suurta.

Tutkimuksen tulosten perusteella on selvää, että nuorten hyvinvoinnissa on parantamisen varaa. Tuloksista käy myös selkeästi ilmi lapsuuden olosuhteiden vaikutus myöhempään hyvinvointiin. Hyvinvoinnin tukemiseen on aidosti satsattava varhain, ja lasten tilanne pitäisi ottaa huomioon aina, jos vanhemmilla on ongelmia.

Aineisto

Kansallisessa syntymäkohorttitutkimuksessa on seurattu kaikkia Suomessa 1987 syntyneitä lapsia sikiökaudelta 31.12.2008 saakka. Ensimmäinen seuranta tehtiin vuosina 1987–1996, jolloin kaikki Suomessa 1987 syntymärekisteriin merkityt 60 254 lasta olivat mukana (Gissler ym., 1998). Näistä 185 lasta, joiden perinataalitiedot puuttuivat, oli kuitenkin syntynyt ulkomailla, ja heidän tietonsa poistettiin aineistosta. Aineistoon kuuluu siis 60 069 Suomessa syntynyttä lasta. Tässä tutkimuksessa 73 lasta ei voitu jäljittää epätäydellisen, puuttuvan tai väärän henkilötunnuksen vuoksi. Seurannassa on siis mukana 59 996 Suomessa vuonna 1987 syntynyttä lasta. Vain perinataalikauden jälkeen selvinneet lapset ($n = 59\,476$) otettiin mukaan lopulliseen seurantaan. Seurannan aikana, 31.12.2008 mennessä, 497 (0,8 %) kohorttiin kuuluvaa henkilöä oli kuollut ja 662 (0,9 %) oli muuttanut pysyvästi ulkomaille. Nämä henkilöt sisällytettiin tutkimukseen heidän kuolemaansa tai muuttoonsa asti. Vuonna 1987 Suomessa syntyneistä 58 320 (97,1 %) asui edelleen 31.12.2008 Suomessa.

Alkuperäinen aineisto perustui THL:n syntymärekisteritietoihin äidin ja lapsen terveydestä. Tässä tutkimuksessa tietoja täydennettiin Väestörekisterikeskuksen seurantatiedoilla synnytyksistä, kuolemista ja muutoista, sekä vanhempien avioliitoista ja -eroista sekä ammateista. Kohorttiin kuuluvien henkilöiden sekä heidän vanhempiansa koulutustiedot ja tiedot sosioekonomisesta asemasta saatiin Tilastokeskukselta. Terveystiedot perustuvat THL:n erikoissairaanhoidon tietoihin, tartuntatautirekisteriin sekä Kelan lääkeräkisteri- sekä erityiskorvausoikeustietoihin. Tiedot kohorttiin kuuluvien synnytyksistä ja raskaudenkeskeytyksistä kerättiin THL:n syntymä- ja raskaudenkeskeyttämisrekisteristä. Tiedot sosiaalipalveluiden käytöstä kerättiin THL:n ylläpitämistä toimeentulotuki- ja lastensuojelurekisteristä. Palveluluokkakelpoisuustiedot sekä tiedot armeijan peruskokeiden tuloksista saatiin Puolustusvoimien rekistereistä. Tiedot rangaistusmääräyksistä ja tuomioista saatiin Oikeusrekisterikeskuksesta. Kaikilta viranomaisilta anottiin tarvittavat luvat eri rekisterien tutkimuskäyttöön ja eri rekisterit yhdistettiin henkilötunnuksin.

Taulukossa 1 on kuvattu Kansallinen syntymäkohortti 1987 sisältämät tiedot, rekisterit, joista tiedot on kerätty sekä ajanjaksot, jolta aineiston tiedot on kerätty.

Taulukko 1. Rekisteritiedot 31.5.2012, Kansallinen syntymäkohortti 1987.

Rekisterin ylläpitäjä	Rekisteri	Tiedot	Ajanjakso, jolta tiedot on kerätty
THL	Syntymärekisteri	Raskaus- ja synnytystiedot	1987-2008
	Terveystieteiden tutkimuskeskuksen hoitoilmoitusrekisteri	Tiedot vanhempien ja kohorttiin kuuluvien erikoissairaanhoidon hoitojaksoista ja poliklinikkakäynneistä (diagnosit, pvm, sairaala-hoidon kesto)	1969-2008 osastohoitojaksot, 1998-2008 poliklinikkakäynnit
	Tartuntatautirekisteri	Sukupuoliteitse tarttuvat taudit	2004-2008
	Raskaudenkeskeyttämisrekisteri	Raskaudenkeskeytykset	2000-2008
	Toimeentulotukirekisteri	Vanhempien ja kohorttiin kuuluvien toimeentulotuen saaminen	2002-2008 kohorttiin kuuluvat 1987-2008 vanhemmat
	Lastensuojelurekisteri	Lastensuojelutoimenpiteiden kohteena olleet kohorttiin kuuluvat	1987-2008
Tilastokeskus	Kuolemansyytilasto	Kuolinpäivä ja kuolemansyy	1987-2008
	Tutkintorekisteri	1987 syntyneen ja heidän vanhempiensa tutkintotiedot	30.6.2009
Väestörekisterikeskus	Väestötietojärjestelmä	Vanhempien avioliitot ja -erot, kuolemat	1987-2008
		Vanhempien ammatit	30.6.2009
		Maahan- ja maastamuutot	1987-2008
		Kotikunta	1994, 2009
Kela	Etuusrekisteri	Lääkärin määräämät psyyken-lääkkeet	1994-2008
		Erityiskorvaukset	1987-2008
		Vammaistuet	1987-2008
Puolustusvoimat		Tiedot palveluskelpoisuudesta ja peruskokeiden tuloksista	2005-2009
Oikeusrekisterikeskus	Rangaistusmääräysrekisteri, Rikosrekisteri	Poliisin tietoon tullut rikollisuus sekä tiedot rikoksista ja tuomioistuimen päätöksistä	2002-2009

Yleiskuva lasten ja nuorten hyvinvoinnista

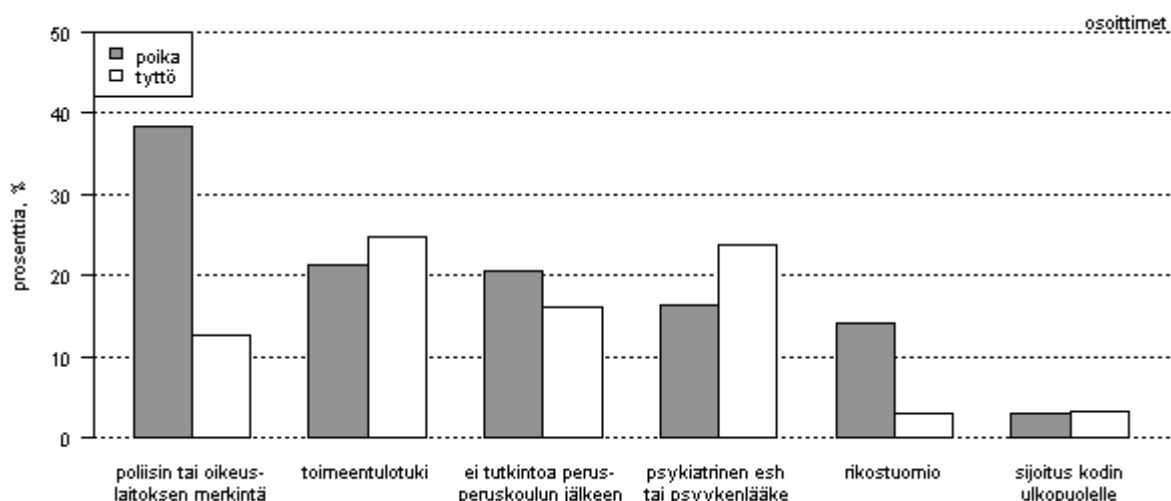
Vuonna 1987 syntyneiden ikäluokan tutkimus kuvaa, kuinka nuoret aikuiset tänä päivänä Suomessa voivat. On kuitenkin huomattava, että viranomaisrekisterit sisältävät merkittävästi enemmän hyvinvointiongelmien ja palveluiden käyttöön liittyvää tietoa kuin varsinaista hyvinvointitietoa.

Aineiston perusteella voidaan sanoa, että enemmistö suomalaisista lapsista ja nuorista voi hyvin, mutta merkittävä osa suomalaisnuorista on ehtinyt kohdata myös ongelmia matkallaan aikuisuuteen. Kuvassa 1 ja taulukossa 2 on esitetty hyvinvoinnin eri osoittimien esiintyvyydet 1987 syntyneiden ikäluokassa seuranta-aikana.

Vuonna 1987 syntyneiden ikäluokasta n. 11 000:lta (18,5 %) puuttui peruskoulun jälkeinen tutkinto noin viisi vuotta peruskoulun päättymisen jälkeen, pojilta (20,7 %) hieman tyttöjä useammin (16,1 %). Joka viidennelle, eli lähes 12 000:lle (20,1 %) oli 21 vuoden ikään mennessä tilastoitu psykykenlääkkeiden käyttöä tai käyntejä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, tytöille (23,9 %) useammin kuin pojille (16,5 %). Ikäluokasta 22,8 % eli noin 13 600 henkilöä oli saanut seuranta-aikana toimeentulotukea (pojista 21,1 %, tytöistä 24,6 %). Keskimäärin yhteenlaskettu toimeentulotukiajan kesto tukea saaneilla oli 10,4 kuukautta, pisimmän kestoajan ollessa 6 vuotta 10 kuukautta.

Kaikkiaan noin 15 000:lla (25,9 %) (pojista 38,4 %, tytöistä 12,7 %) oli merkintöjä rangaistusmääräysrekisterissä tai rikosrekisterissä, ja varsinaista rikollisuutta eli oikeuslaitoksen tuomio oli tilastoitu noin 5 000:lle (8,8 %) ikäluokasta (pojista 14,1 %, tytöistä 3,1 %). Ikäluokasta 1900 (3,2 %) oli ollut sijoitettuna kodin ulkopuolelle, 963 tyttöä ja 937 poikaa.

Vuoden 2008 loppuun mennessä 497 kohortin jäsentä oli kuollut. Kuolemista 269 johtui sairauksista tai lääketieteellisistä syistä ja 226 ulkoisista tai itseaiheutetuista tekijöistä: 143 kohortin jäsentä menehtyi onnettomuuksissa, 69 itsemurhaan ja 14 henkirikoksen uhrina. Kaikista kuolemista 4 johtui välittömästi huumausaineista ja 73 liittyi välillisesti huumausaineiden käyttöön, alkoholi liittyi välittömänä tai myötävaikuttavana syynä 64 kuolemaan.



Kuva 1. Keskeiset hyvinvoinnin osoittimet vuonna 1987 syntyneillä tytöillä ja pojilla seuranta-aikana 1987–2008.

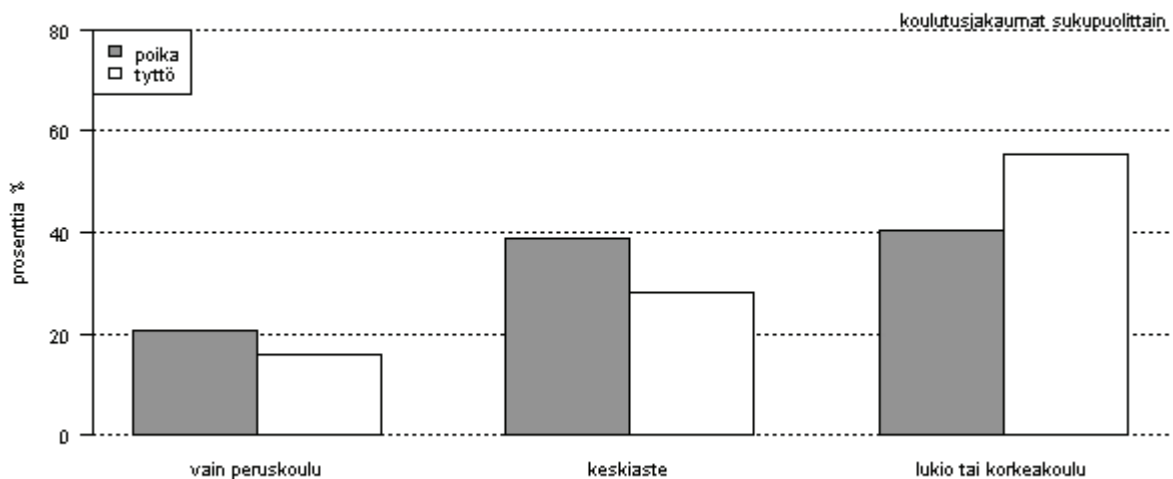
Taulukko 2. Hyvinvointia ja terveyttä kuvaavia osoittimia kansallisessa syntymäkohortissa 1987.

	Päivä- määrä tai seuranta- ajan- jakso	Pojat		Tytöt		Kaikki	
		n= 30435	%	n= 29041	%	n= 59476	%
Terveys							
Erikoissairaanhoidon poliklinikkakäyntejä	1998- 2008	21 648	71,1	21 213	73,0	42 861	72,1
Erikoissairaanhoidon osastokäyntejä	1987- 2008	20 556	67,5	18 135	62,4	38 691	65,1
Kuolema terveydellisen syyn vuoksi	1987- 2008	149	0,5	119	0,4	268	0,5
Kuolema ulkoisista syistä johtuen tai itseaiheutetusti	1987- 2008	168	0,6	59	0,2	227	0,4
Lisääntymisterveys							
Klamydiatartunta	2004- 2008	1 103	3,6	2 583	8,9	3 686	6,2
Raskaudenkeskeytys	2000- 2008	-	-	2 491	8,6	-	-
Raskaudenkeskeytys alle 20-vuotiaana				1 895	6,5		
Synnytys	2000- 2008	-	-	1 614	5,6	-	-
Synnytys alle 20-vuotiaana				1 180	4,1		
Mielenterveys							
Psykyklilääkkeiden osto	1994- 2008	3 003	9,9	4 847	16,7	7 850	13,2
Psykiatrian erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynti	1998- 2008	3 110	10,2	4 601	15,8	7 711	13,0
Psykiatrian erikoissairaanhoidon osastokäynti	1987- 2008	1 598	5,3	1 595	5,5	3 193	5,4
Sosiaalinen hyvinvointi							
Toimeentulotukea kohortin jäsenellä tai puolisoilla	2002- 2008	6 459	21,2	7 170	24,7	13 629	22,8
Sijoitettu kodin ulkopuolelle	1987- 2008	937	3,1	963	3,3	1 900	3,2
Muut tiedot							
Palvelusluokkatiedot*	2005- 2009	29 965	98,5	-	-	-	-
A		22 988	75,5	-	-	-	-
B		1 311	4,3	-	-	-	-
C,D,E, T		5 666	18,6	-	-	-	-
Merkintöjä poliisin tai tuomioistuimen rekistereissä	2002- 2009	11 689	38,4	3 689	12,7	15 378	25,9
Rikostuomio	2002- 2009	4 302	14,1	913	3,1	5 215	8,8

* A: normaali palvelus, B: normaali palvelus, lieviä terveydellisiä rajoitteita, C,D: vapautetaan terveydellisistä syistä, E: palvelus siirtyy määräajaisesti, T: vaaraksi palvelusturvallisuudelle

Koulutus ja toimeentulo

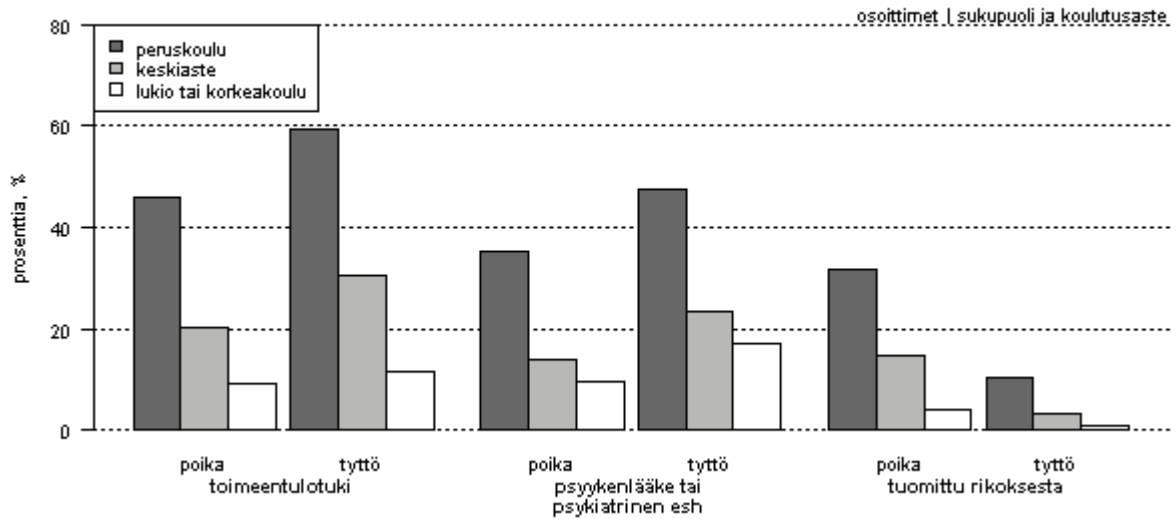
Koulutus liittyy keskeisesti henkilön terveyteen ja hyvinvointiin sekä aikuisuudessa taloudelliseen toimeentuloon. Koulutusasteen jakaumat vuonna 1987 syntyneiden ikäluokassa on esitetty kuvassa 2. Ikäluokan pojista kahdella viidestä (40,6 %, 12 357) ja tytöistä yli puolella (55,5 %, 16 115) oli ylioppilas- tai korkeakoulututkinto kesäkuussa 2009 eli noin viisi vuotta peruskoulun päättymisen jälkeen. Pojista 38,7 prosentilla (11 782) ja tytöistä 28,4 prosentilla (8 238) oli tuossa vaiheessa keskiasteen tutkinto. Noin viidesosa koko ikäluokasta (pojat 20,7 %, 6 296, tytöt 16,1 %, 4 688) ei ollut suorittanut peruskoulun jälkeistä jatkotutkintoa. Tietoa peruskoulun suorittamisesta ei ole Tilastokeskuksen tutkintorekisterissä.



Kuva 2. Vuonna 1987 syntyneiden koulutusasteen jakaumat sukupuolittain.

Koulutuksen suhde muihin hyvinvointia kuvaaviin osoittimiin on esitetty kuvassa 3. Vailla peruskoulun jälkeistä jatkotutkintoa olevista kohortin jäsenistä yli puolet (pojat 46,1 %, tytöt 59,2 %) oli saanut toimeentulotukea seuranta-aikana, kun vastaavasti korkeakoulu- tai ylioppilastutkinnon suorittaneille kohorttiin kuuluvilla noin joka kymmenennelle (pojat 9,1 %, tytöt 11,6 %) oli tilastoitu toimeentulotuen käyttöä.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon käyntejä tai psyykenlääkkeiden käyttöä oli korkeammin koulutetuilla huomattavasti harvemmin (pojat 9,5 %, tytöt 17,2 %) kuin vailla peruskoulun jälkeistä jatkotutkintoa olevilla (pojat 35,2 %, tytöt 47,6 %). Koulutuksen mukaan jakaantui myös rikollisuus siten, että kouluttamattomista pojista lähes kolmasosa (31,8 %) oli seuranta-aikana tuomittu rikoksesta tai rikoksesta, kun vastaava luku korkeakoulu- tai ylioppilastutkinnon suorittaneiden poikien ryhmässä oli 4,1 %. Ikäluokan tytöt olivat saaneet tuomioita poikia harvemmin, mutta kouluttamattomat tytöt huomattavasti koulutettuja useammin (10,3 % vs. 0,9 %) ja kouluttamattomat tytöt myös koulutettuja poikia useammin.



Kuva 3. Toimeentulotukea saaneiden, psykykenlääkkeitä tai psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita käyttäneiden sekä rikoksista tuomittujen osuudet vuonna 1987 syntyneiden ikäluokasta sukupuolen ja koulutusasteen mukaan.

Terveys

Mielenterveys

Taulukossa 3 on kuvattu vuonna 1987 syntyneiden mielenterveyteen liittyviä osoittimia. Kaiken kaikkiaan ikäluokasta noin joka viidennelle (20,1 %), tytöille (23,9 %) useammin kuin pojille (16,5 %), oli seuranta-aikana rekisteröity ainakin yksi käynti psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tai psyykenlääkkeen osto. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon osastokäyntejä oli seuranta-aikana vuosina 1987–2008 3 193 kohortin jäsenellä, eli 5,4 prosentilla ikäluokasta, tytöillä ja pojilla saman verran. Tytöillä (15,8 %) oli kuitenkin poikia (10,2 %) huomattavasti useammin käyntejä psykiatrisen poliklinikalla seurantavuosina 1998–2008. Kaiken kaikkiaan 8 582 (14,4 %) kohortin jäsenellä oli psykiatrisen erikoissairaanhoidon käyntejä. Sekä osasto- että poliklinikkakäyntejä oli 2 322:lla (3,9 %) kohorttiin kuuluvista. Psyykenlääkkeiden ostoja oli tilastoitu seuranta-aikana 1994–2008 13,2 prosentille ikäluokasta, ikäluokan tytöille (16,7 %) huomattavasti poikia (9,9 %) useammin.

Kumulatiiviset kuvaajat psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja psyykenlääkkeiden käyttäjistä ensimmäisen käynnin tai käytön mukaan on esitetty kuvassa 4. Psykiatrisen osastohoidon osalta nähdään, että vaikka tytöistä ja pojista sama osuus on ollut psykiatrisessa osastohoidossa seuranta-ajan loppuun mennessä, niin ensimmäisen hoidon ajoittumisessa on sukupuolieroja. Pojat tulevat psykiatriseen osastohoitoon keskimäärin tyttöjä aikaisemmin, usein kouluikässä, tytöt taas teini-ikässä. Myös psykiatrisissa poliklinikkakäynneissä sekä psyykenlääkkeiden käytössä nähdään tyttöjen hoitoon tulon lisääntyminen nimenomaan teinivuosina.

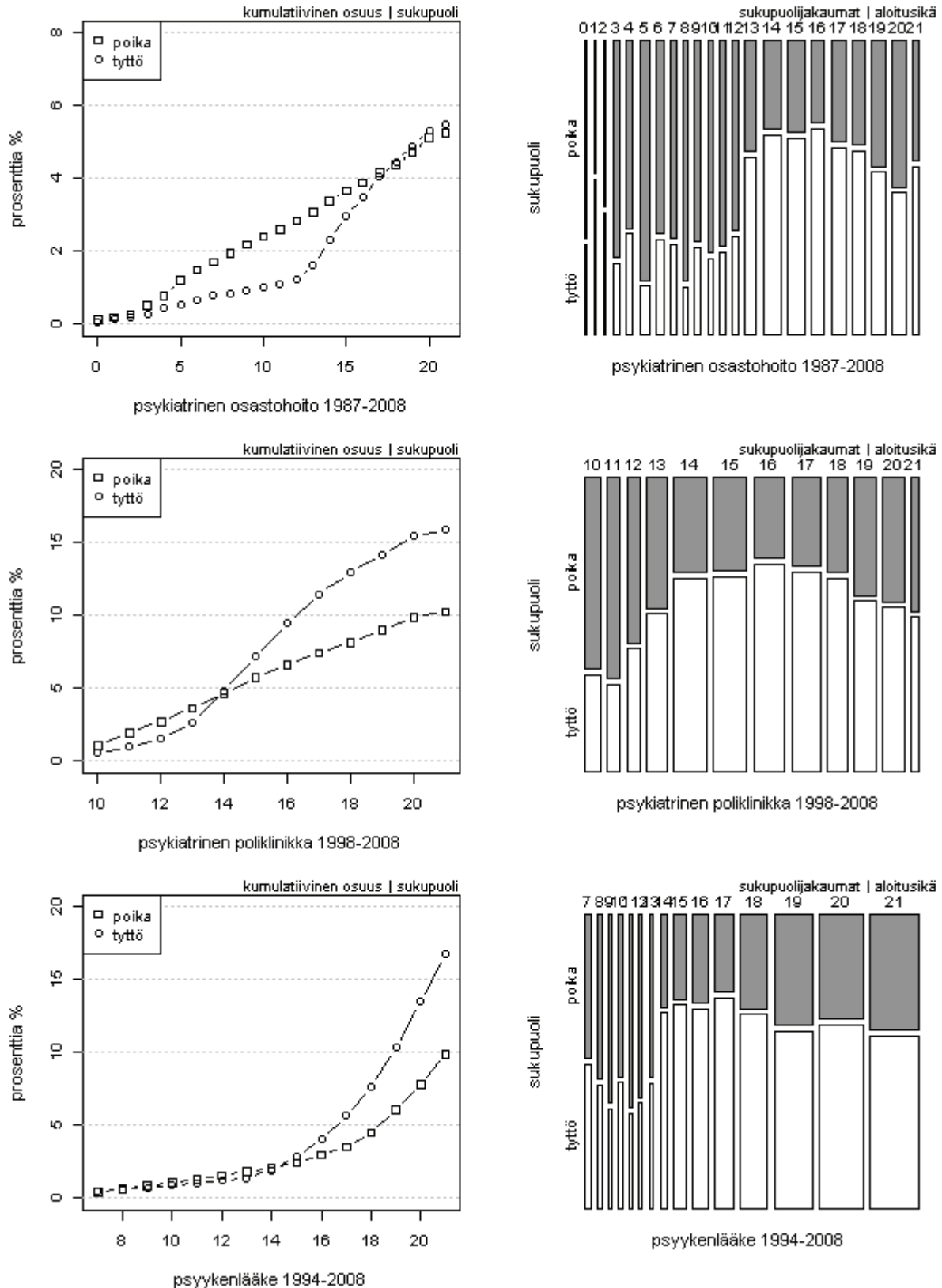
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön diagnoosi (ICD-9 (290-319) 1987–1995 tai ICD-10 (F00-99) vuodesta 1996 alkaen) erikoissairaanhoidon käynneistä oli määritelty 7 717 kohortin jäsenelle (13,0 %, pojat 11,6 %, tytöt 14,4 %). Yleisin diagnoosiryhmä oli mielialahäiriöt (F30-39), johon kuuluva diagnoosi oli asetettu 3 014 kohortin jäsenelle (5,1 %), tytöille huomattavasti poikia useammin. Neuroottinen, stressiin liittyvä tai somatoforminen häiriö –diagnoosin (F40-49) oli saanut 2 551 kohorttiin kuuluvaa (4,3 %), niin ikään tytöt huomattavasti poikia useammin. Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkava käytös- ja tunnehäiriödiagnoosi (F90-98) oli asetettu 2 023 kohortin jäsenelle (3,4 %), ikäluokan pojille (3,8 %) useammin kuin tytöille (3,0 %).

Taulukko 3. Mielenterveyteen liittyviä osoittimia kansallisessa syntymäkohortissa 1987.

	Pojat		Tytöt		Kaikki	
	n=	%	n=	%	n=	%
	30435		29041		59476	
Psykiatrinen hoito						
Psykiatrasta hoitoa*	5 034	16,5	6 947	23,9	11 981	20,2
Psykiatrinen poliklinikka	3 110	10,2	4 601	15,8	7 711	13,0
Psykiatrinen osastohoito	1 598	5,2	1 595	5,5	3 193	5,4
Psyykenlääke	3 003	9,8	4 847	16,7	7 850	13,2
Masennuslääkkeet N06A	2 133	7,0	3 938	13,5	6 071	10,2
Neuroosilääkkeet ja rauhoittavat aineet N05B	912	3,0	1 226	4,2	2 138	3,6
Unilääkkeet N05C	633	2,1	1 116	3,8	1 749	2,9
Psykoosilääkkeet N05A	761	2,5	937	3,2	1 698	2,8
Keskushermostoa stimuloivat lääkeaineet N06B	96	0,3	47	0,2	143	0,2
Psyykenlääkkeiden yhdistelmävalmisteet N06C	38	0,1	82	0,3	120	0,2
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt**						
Psykiatrinen diagnoosi (F00-99)	3 533	11,6	4 184	14,4	7 717	13,0
Elimelliset aivo-oireyhtymät (F00-09)	20	0,1	12	0,04	32	0,1
Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt (F10-19)	591	1,9	496	1,7	1 087	1,8
Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt (F20-29)	276	0,9	293	1,0	569	1,0
Mielialahäiriöt (F30-39)	972	3,2	2 042	7,0	3 014	5,1
Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt (F40-49)	932	3,1	1 619	5,6	2 551	4,3
Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät (F50-59)	175	0,6	676	2,3	851	1,4
Aikuisiän persoonallisuus ja käytöshäiriöt (F60-69)	194	0,6	302	1,0	496	0,8
Älyllinen kehitysvammaisuus (F70-79)	135	0,4	95	0,3	230	0,4
Psyykkisen kehityksen häiriöt (F80-89)	994	3,3	416	1,4	1 410	2,4
Tavallisesti lapsuus tai nuoruudessa alkavat käytös- ja tunnehäiriöt (F90-98)	1 152	3,8	871	3,0	2 023	3,4
Tarkemmin määrittämätön mielenterveyden häiriö (F99)	99	0,3	166	0,6	265	0,4

*psyykenlääkitys, psykiatrinen poliklinikka- tai osastohoito

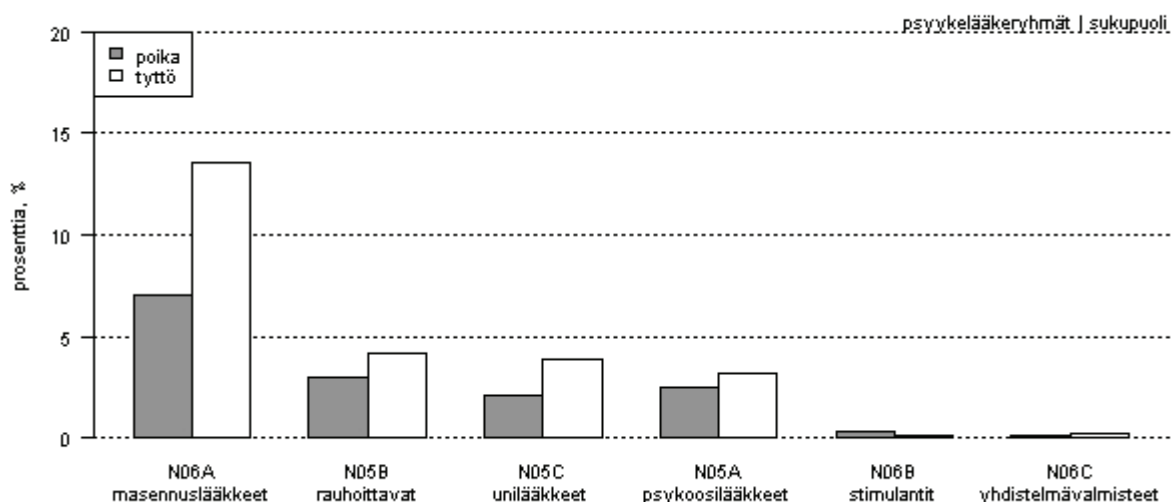
**F-diagnoosit erikoissairaanhoidon osastohoitojen 1987-2008 ja poliklinikkahoitojen 1998-2008 tiedoista



Kuva 4. Vuonna 1987 syntyneiden ensimmäisen psykiatrisen erikoissairaanhoidon tai psykykenlääkkeen oston ajoittuminen. Vasemman puolen kuvaajissa on esitetty seurantajakson aikana psykiatrisen hoidon aloittaneiden kumulatiiviset osuudet iän mukaan. Oikeanpuoleisissa kuvissa on pystysuunnassa esitetty aloitusikäkohtaiset sukupuolijakaumat ja leveyssuunnassa aloitusikien suhteelliset osuudet.

Psykenlääkkeet

Psykenlääkkeiden ostoja oli tilastoitu 7 850 (13,2 %) kohortin jäsenelle vuosina 1994–2008. Kuvassa 5 on esitetty psykenlääkkeiden alaryhmistä korvausta saaneiden kohortin jäsenten osuudet. Masennuslääkkeet olivat selkeästi suurin alaryhmä kohortin jäsenille määrätystä psykenlääkkeistä. Joka kymmenes ikäluokan nuori oli käyttänyt seuranta-aikana masennuslääkettä. Masennuslääkkeitä käyttäneiden tyttöjen määrä, 3 938 (13,6 %), oli lähes kaksi kertaa poikien määrää (2 133, 7,0 %) suurempi. Kaikista psykenlääkkeitä käyttäneistä kohortin jäsenistä yli puolet oli käyttänyt nimenomaan masennuslääkkeitä. Seuraavaksi eniten käytettiin neuroosilääkkeitä ja rauhoittavia aineita (2 138, 3,6 % kohortin jäsenistä), unilääkkeitä (1 749, 2,9 % kohortin jäsenistä) ja psykoosilääkkeitä (1 698, 2,9 % kohortin jäsenistä). Näissä kaikissa tyttöjen osuus käyttäjistä oli ikäluokan poikia suurempi.



Kuva 5. Eri psykenlääkkeistä Kelan korvauksia vuosina 1994–2008 saaneiden osuudet vuonna 1987 syntyneillä pojilla ja tytöillä.

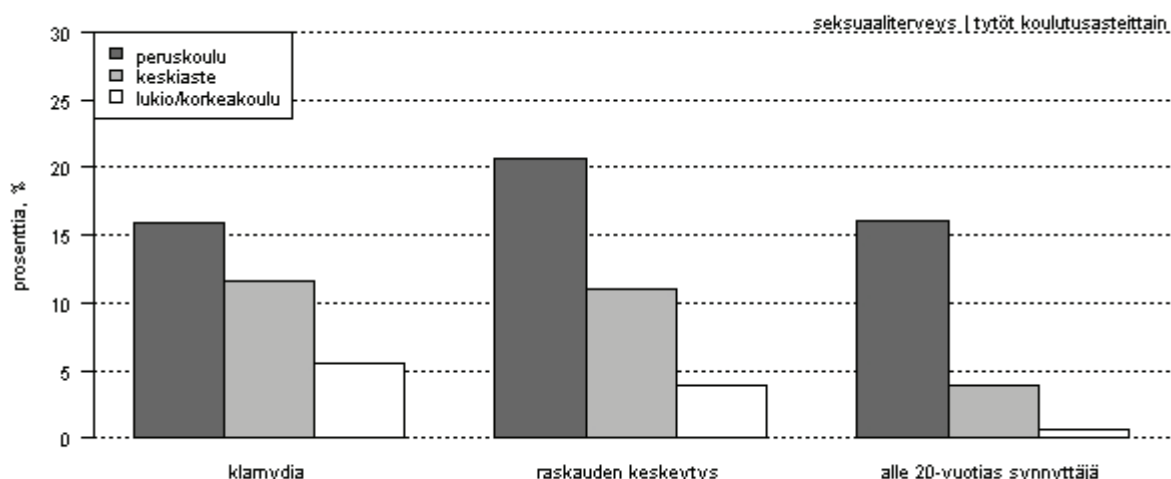
Seksuaali- ja lisääntymisterveys

Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää nuorten ja nuorten aikuisten hyvinvointia kuvaavat osoittimet klamydiatartunnoista, raskaudenkeskeytyksistä sekä teinisyntytyksistä (alle 20-vuotias synnyttävä). Seuranta-aikana vuosina 2004–2008 klamydiatartunta oli rekisteröity 3 686:lle (6,2 %) kohortin jäsenelle, ikäluokan tytöille (2 583, 8,9 %) huomattavasti useammin kuin pojille (1 103, 3,6 %). Suurimmalla osalla, 3 167 kohorttiin kuuluvalla, tilastoituja klamydiainfektioita oli seuranta-aikana vain yksi, 447:lla 2 ja 72:lla tartuntoja oli tilastoitu 3 tai 4 kappaletta.

Raskaudenkeskeytys oli seuranta-aikana tehty 2 491 (8,6 %) kohortin tytölle, näistä 1 001:lle alaikäisenä eli alle 18-vuotiaana. Niistä, joille raskaudenkeskeytys oli tehty, suurimmalla osalla (86,3 %) keskeytyksiä oli rekisteröity vain yksi, kuitenkin 328:lla kohortin tytöllä raskaudenkeskeytyksiä oli seuranta-aikana useampia (2–4).

Synnytyksiä alle 20-vuotiaana oli 1 180:lla (4,1 %) kohortin tytöllä, ja alle 18-vuotiaana 242:lla (0,8 %) tytöllä. Seuranta-aikana kaiken kaikkiaan 1 614 (5,6 %) kohortin tytöistä oli synnyttänyt, näistä 1 433 (88,8 %) kerran ja 181 (11,2 %) kahdesti tai useammin.

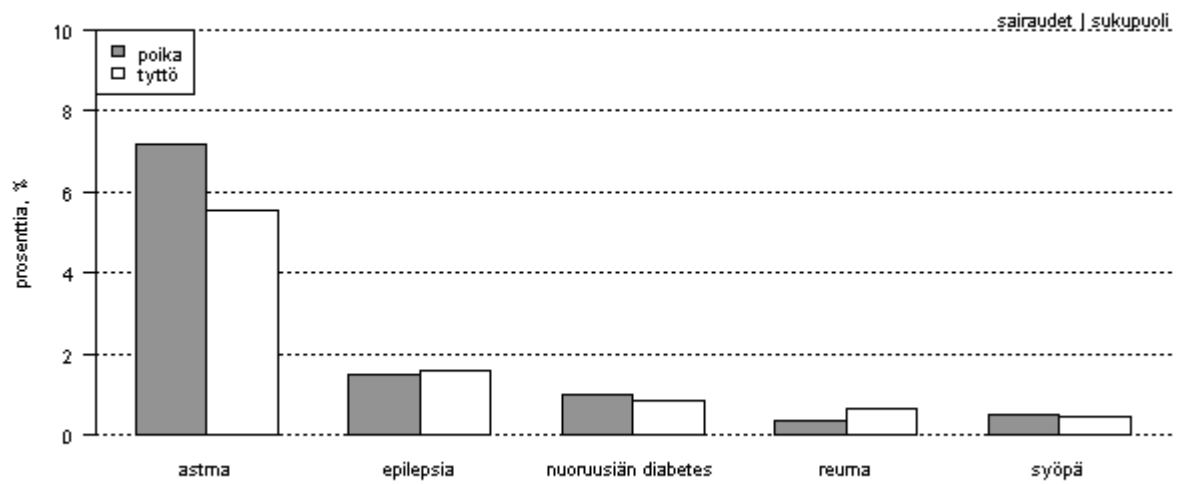
Myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden osoittimet olivat selkeästi yhteydessä kohortin jäsenen muihin hyvinvointiongelmia kuvaaviin osoittimiin. Kuvassa 6 on esitetty koulutustason yhteys seksuaali- ja lisääntymisterveyttä kuvaaviin osoittimiin kohortin tytöillä. Ylioppilas- tai korkeakoulututkinnon suorittaneilla tytöillä oli vähemmän klamydiatartuntoja (5,5 % vs 15,8 %), raskaudenkeskeytyksiä (3,9 % vs 20,7 %) ja teinisyntytyksiä (0,7 % vs 16,0 %) seuranta-aikana kuin niillä kohortin tytöillä, joilla ei ollut peruskoulun jälkeistä jatkotutkintoa.



Kuva 6. Tyttöjen seksuaali- ja lisääntymisterveyden osoittimet koulutusasteittain.

Fyysinen terveys

Ikäluokan somaattisten sairauksien esiintyvyys perustuu erikoissairaanhoidon diagnoositietoihin (lääkärin antamat ICD-9- ja ICD-10-diagnoosit). Kuvassa 7 on esitetty viisi ikäluokan fyysistä terveydentilaa kuvaavaa osoitinta. Kohortin jäsenistä 3 797:llä (6,4 %) oli seuranta-aikana diagnosoitu astma, pojilla (7,2 %) hieman tyttöjä (5,6 %) useammin. Epilepsiadiagnoosin oli saanut 919 (1,6 %) kohortin jäsentä, tytöt ja pojat yhtä yleisesti. Nuoruusiän diabetes oli yhdellä prosentilla (569) ikäluokasta, reumasairaus tai syöpä 0,5 prosentilla.



Kuva 7. Vuonna 1987 syntyneiden tyttöjen ja poikien somaattisten sairauksien esiintyvyydet.

Rikollisuus

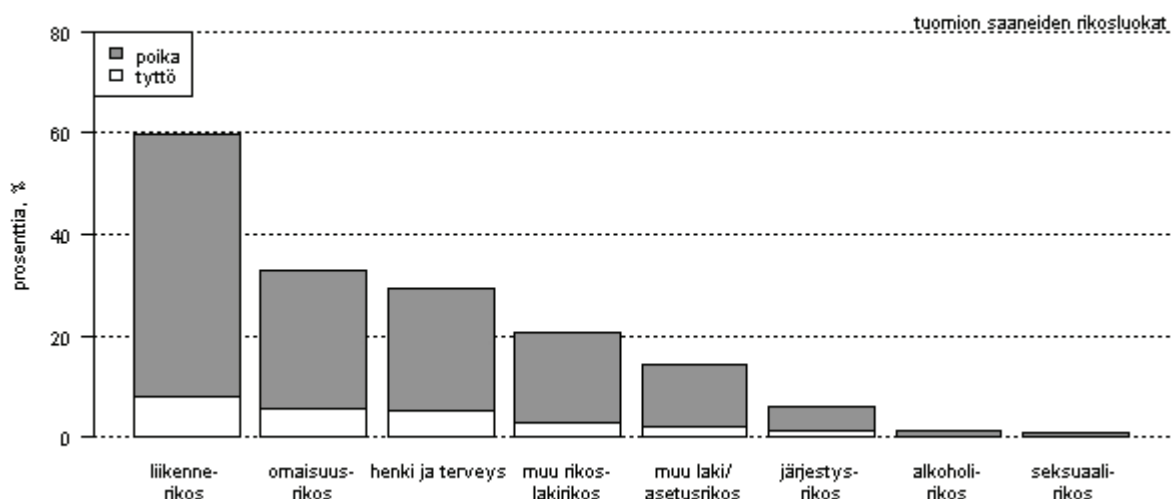
Ikäluokan rikollisuutta on tutkimuksessa kuvattu kahdella eri muuttujalla: 'merkintöjä poliisin tai tuomioistuimen rekistereissä', joka tarkoittaa kaikkia tietoja rangaistusmääräyksistä, rikoksista ja tuomioista, ja jossa on mukana varsin lieviäkin tekoja, tai 'rikostuomio', joka tarkoittaa tuomioistuimen langettamaa tuomiota. Ikäluokasta kaiken kaikkiaan 15 378:lle (25,9 %) oli seuranta-aikana rekisteröity joko rangaistusmääräys tai tuomio, pojille (38,4 %) huomattavasti tyttöjä (12,7 %) useammin. Yhteensä 25 952 rangaistusmääräystä oli rekisteröity 13 381 kohortin jäsenelle vuosina 2002–2008, ja yhteensä 12 324 tuomioistuimen päätöstä oli rekisteröity 5 215:lle (8,8 %) kohortin jäsenelle, pojille (4 302, 14,1 %) huomattavasti tyttöjä (913, 3,1 %) useammin. Suurin osa tuomioista oli sakkotuomioita, yhdyskuntapalveluun, ehdolliseen tai ehdottomaan vankeusrangaistukseen oli tuomittu 1 871 (3,1 %) kohortin jäsentä, 1 640 (5,4 %) poikaa ja 231 (0,8 %) tyttöä.

Pojilla yleisimmät rangaistusmääräysten nimekkeet olivat liikenneturvallisuuden vaarantaminen, liikennerikkomus ja näpistys. Tytöillä yleisimmät olivat liikenneturvallisuuden vaarantaminen, näpistys ja liikennerikkomus. Pojilla rangaistusmääräykset liittyivät yleisimmin vesi-, maasto- ja maantieliikenteeseen (12 770 kpl), näpistykseen (1 986 kpl), ajoneuvorikkomuksiin (1 522 kpl) ja kulkuneuvon kuljettamiseen oikeudetta (1 484 kpl). Huumausaineiden käyttörikkomuksia oli kirjattu 528 kappaletta. Tytöillä yleisimmin esiintyi vesi-, maasto- ja maantieliikenteeseen (2 924), näpistykseen (1 037), kulkuneuvon kuljettamiseen oikeudetta (231), ajoneuvorikkomuksiin (217) ja huumausaineiden käyttöön (124) liittyviä rangaistusmääräyksiä.

Kuvassa 8 on esitetty kohorttiin kuuluvien kaikista tuomioista laskettujen rikosten suhteelliset osuudet ja taulukossa 4 on esitetty kohortin jäsenten rikostuomiot sekä niihin syyllistyneiden kohortin jäsenten määrä. Kaikista seuranta-aikana kohorttiin kuuluvien tekemistä rikoksista omaisuusrikoksia oli 39,1 prosenttia, jotka oli tilastoitu 3,0 prosentille (pojat 4,8 %, tytöt 1,1 %) kohortin jäsenistä. Liikennerikosten osuus kaikista rikoksista oli noin kolmasosa (32,5 %), 5,4 prosentilla (pojat 9,2 %, tytöt 1,5 %) kohortin jäsenistä. Rattijuopumuksen vuoksi tuomittuja oli 2 074 (3,5 %) kohortin jäsentä, 1 777 (5,8 %) poikaa ja 297 (1,0 %) tyttöä. Kuvassa 9 on esitetty poikien ja tyttöjen suhteelliset osuudet eri rikosluokissa. Poikien tekemien rikosten osuus kaikista rikoksista on huomattavasti tyttöjä suurempi.



Kuva 8. Vuonna 1987 syntyneiden kaikista tuomioista laskettujen rikosten suhteelliset osuudet.



Kuva 9. Rikoslukien esiintyvyydet tuomion saaneiden joukossa. Tyttöjen ja poikien suhteelliset osuudet rikoslukissa on eritelty värein.

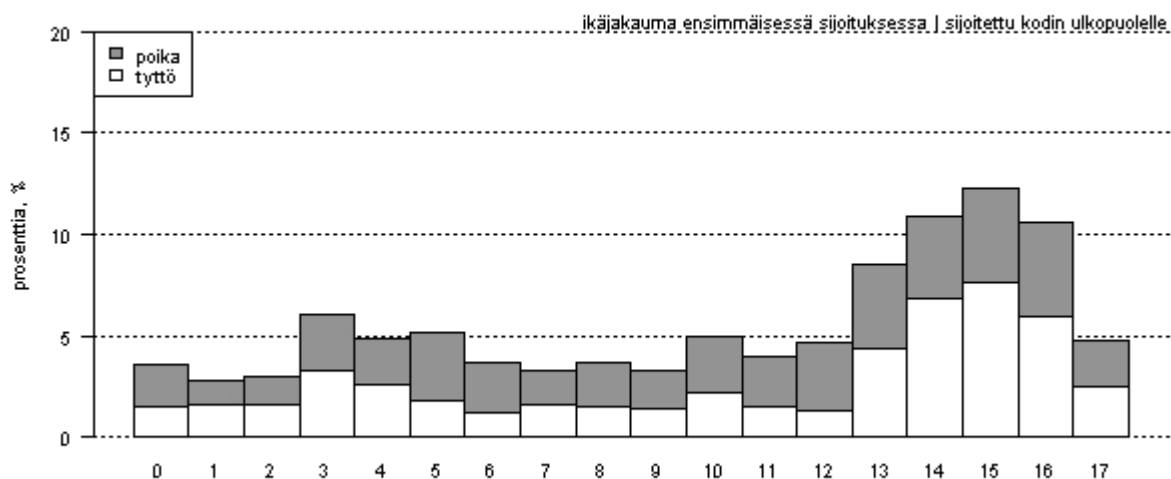
Taulukko 4. Vuonna 1987 syntyneiden tekemien rikosten ja tuomittujen määrä rikoslukien mukaan. Prosenttiosuudet osoittavat kyseisen rikoslukan tuomion saaneiden osuutta kaikista kohortin pojista tai tytöistä.

Rikoslukiluokka	Pojat		Työt		Kaikki	
	rikoksia / tuomittuja	%	rikoksia / tuomittuja	%	rikoksia / tuomittuja	%
Rikostuomio 2002–2009	20 258 / 4 302	14,1	1 360 / 913	3,1	23 033 / 5 215	8,8
A: Omaisuusrikos	7 897 / 1 462	4,8	1 104 / 310	1,1	9 001 / 1 772	8,0
B: Henkeen ja terveyteen kohdistuneet rikokset	2 300 / 1 305	4,3	367 / 282	1,0	2 667 / 1 587	2,7
C: Seksuaalirikos	74 / 60	0,2	1 / 1	0,0	75 / 61	0,1
D: Rikos oikeudenkäyttöä, viranomaisia tai järjestystä vastaan	355 / 260	0,9	72 / 62	0,2	427 / 322	0,5
E: Liikenne-rikos	6 698 / 2 789	9,2	792 / 423	1,5	7 490 / 3 212	8,4
Rattijuopumus	2 618 / 1 777	5,8	328 / 297	1,0	2 946 / 2 074	8,8
F: Muu rikos rikoslakia vastaan	1 753 / 962	3,2	257 / 157	0,5	2 010 / 1 119	1,9
Huumausainerikos	843 / 441	1,8	199 / 118	0,8	1 042 / 559	0,8
G: Alkoholi-rikos	84 / 74	0,2	9 / 9	0,0	93 / 83	0,1
H: Muu rikos lakia tai asetusta vastaan	1 097 / 665	2,8	173 / 116	0,8	1 270 / 781	1,8

Kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret

Kansallisen syntymäkohortin 1987 jäsenistä yhteensä 1 900 (3,2 %) oli seuranta-aikana 1987–2008 ollut kodin ulkopuolelle sijoitettuna. Heistä poikia oli 937 ja tyttöjä 963. Noin puolet ensimmäisistä sijoituksista ajoittui teini-ikään 13 ja 16 ikävuoden välille, keskiarvon ollessa ensimmäisessä sijoituksessa 10,7 vuotta. Kuvassa 10 on esitetty kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ikä- ja sukupuolijakauma ensimmäisen sijoituksen hetkellä. Tyttöjen osuus sijoitetuista kasvoi 13 ikävuoden jälkeen, yli 13-vuotiaana ensimmäistä kertaa kodin ulkopuolelle sijoitetuista tyttöjä oli 54 prosenttia ja poikia 47 prosenttia.

Kaksi kolmasosaa (66,3 %) kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista ja nuorista oli ollut seuranta-aikana sijoitettuna yhteensä kauemmin kuin vuoden, reilu kolmasosa (35,2 %) yli 5 vuotta. Laitoshoidossa oli ollut jossain vaiheessa yli puolet sijoitetuista (55,2 %), 38,5 prosenttia perhehoidossa ja 29,1 prosenttia ammatillisessa perhehoidossa.

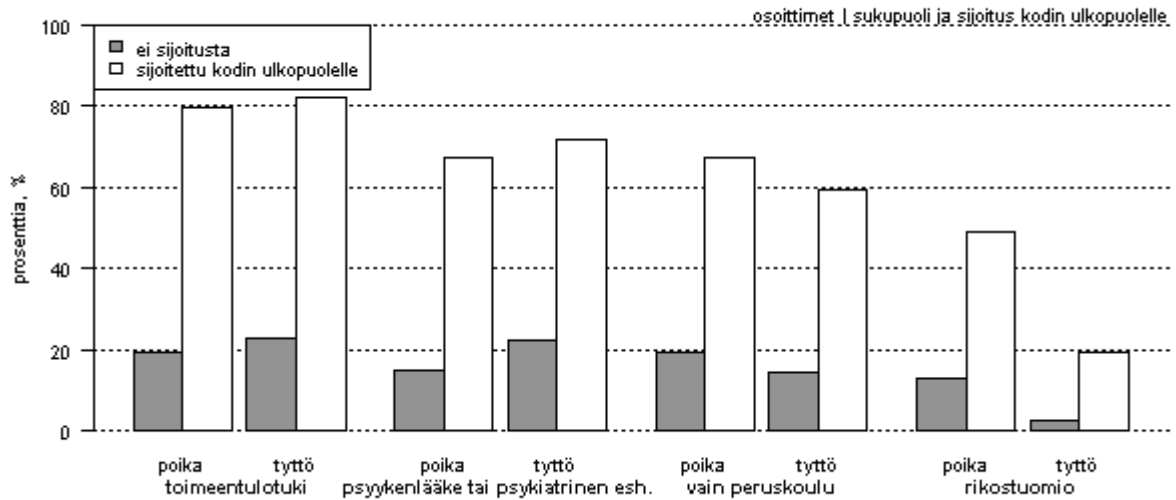


Kuva 10. Ensimmäisen sijoituksen ikäjakauma kodin ulkopuolelle sijoitetuilla. Ikäkohtaiset sukupuolten osuudet on eritelty värein.

Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten myöhempää hyvinvointia kuvaavat osoittimet on esitetty kuvassa 11. Jos verrataan kodin ulkopuolelle sijoitettujen hyvinvointia ei-sijoitettuna olleisiin kohortin jäseniin, erot ovat huomattavia. Neljä viidestä kodin ulkopuolelle sijoitetusta lapsesta oli saanut toimeentulotukea seuranta-aikana, kun taas ei-sijoitetuista viidennes oli turvautunut toimeentulotukeen. Vastavasti psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa olleiden tai psyykenlääkkeitä käyttäneiden osuus kodin ulkopuolelle sijoitettuna olleista oli huomattava. Kolmesta sijoitettuna olleesta pojasta kaksi oli saanut psykiatrista erikoissairaanhoidoa tai psyykenlääkitystä (67,3 %), sijoitetuista tytöistä jopa 71,5 prosenttia. Ei-sijoitetuilla vastaavat luvut olivat huomattavasti pienemmät, pojilla 14,9 ja tytöillä 22,3 prosenttia.

Kodin ulkopuolelle sijoitettuna olleet kohortin jäsenet olivat myös ei-sijoitettuja huomattavasti useammin vailla peruskoulun jälkeistä jatkotutkintoa seuranta-ajan päättyessä, pojista kaksi kolmasosaa (67,1 %) ja tytöistä kolme viidestä (59,5 %), kun ei-sijoitettuna olleista vailla peruskoulun jälkeistä jatkotutkintoa oli vajaa viidennes. Kodin ulkopuolelle sijoitettuna olleista pojista noin puolet oli saanut rikos-

tuomion seuranta-aikana, ei-sijoitetuista 12,8 prosenttia, ja sijoitetuista tytöistä joka viides oli seuranta-aikana tuomittu. Lisää kodin ulkopuolelle sijoittamisen riskitekijöistä sekä kodin ulkopuolelle sijoitettujen myöhemmästä hyvinvoinnista löytyy julkaistuista artikkeleista (Kestilä ym., 2012a ja Kestilä ym., 2012b).



Kuva 11. Hyvinvoinnin osoittimet sukupuolittain kodin ulkopuolelle sijoitetuilla.

Vanhemmat

Taulukossa 5 on esitetty kohortin jäsenten vanhempien demografisia, sosioekonomisia ja terveydellisiä tietoja. Kohortin jäsenistä 58,0 prosentilla vanhemmat olivat naimisissa seuranta-ajan loppuessa ja 30,2 prosentilla vanhemmat olivat eronneet seuranta-aikana 1987–2008. Lapsen syntyessä vuonna 1987 äiti voitiin määritellä yksinhuoltajaksi 5,2 prosentilla ikäluokasta. Äidin raskaudenaikaiselle tupakoinnille oli altistunut 15 prosenttia eli lähes 9 000 ikäluokan lasta. Seuranta-aikana vanhemman kuolema kosketi 4 047 (6,8 %) kohortin jäsentä.

1990-luvun laman vaikutus näkyy aineistossa siten, että 38,0 prosentilla ikäluokasta oli vanhempi, joka seuranta-aikana 1987–2008 oli saanut toimeentulotukea. Pitkäaikaisesti, eli yli 10 kuukautena kalenterivuoden aikana toimeentulotukea oli saanut kuudesosa ikäluokan vanhemmista.

Kaikkiaan noin joka neljännellä kohortin jäsenellä ainakin toisella vanhemmista oli korkeakoulututkinto. Vajaa viidesosalla (18,0 %) kohortin jäsenistä isä oli korkeasti koulutettu (koulutus 12 vuotta tai enemmän) ja 15,9 prosentilla ikäluokasta äidillä oli korkeimpaan luokkaan luettava koulutus. Kohortin jäsenten isistä joka neljännellä (24,8 %) ja äideistä joka kuudennella (15,9 %) ei ollut peruskoulutuksen jälkeistä jatkokoulutusta.

Ammatin perusteella korkeimpaan sosioekonomiseen luokkaan kuului joka neljännen (24,3 %) kohortin jäsenen isä, ja joka kuudennen (15,7 %) äiti. Kaiken kaikkiaan noin joka kolmannen lapsen vanhempi kuului korkeimpaan sosioekonomiseen luokkaan (31,1 %). Joka kymmenennen kohortin jäsenen äiti tai isä laskettiin kuuluvaksi heterogeeniseen ryhmään 'muut', jossa on mukana mm. yrittäjiä, maanviljelijöitä, kotiaiteja, opiskelijoita ja eläkeläisiä.

Noin joka viidennen (18,9 %) 1987 syntyneen lapsen vanhempi oli käynyt psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa psykiatrian poliklinikalla vuosina 1998–2008 ja noin joka kymmenennen (8,4 %) lapsen vanhempi psykiatrian osastolla vuosina 1986–2008. Psykiatrisen diagnoosin saanut vanhempi oli 17,3 prosentilla kohortin jäsenistä. Ikäluokasta 6,7 prosentilla oli syöpää sairastava vanhempi, ja vastaavasti aivovamma oli diagnosoituna jommallekummalle vanhemmista noin prosentilla (1,3 %) ikäluokan lapsista.

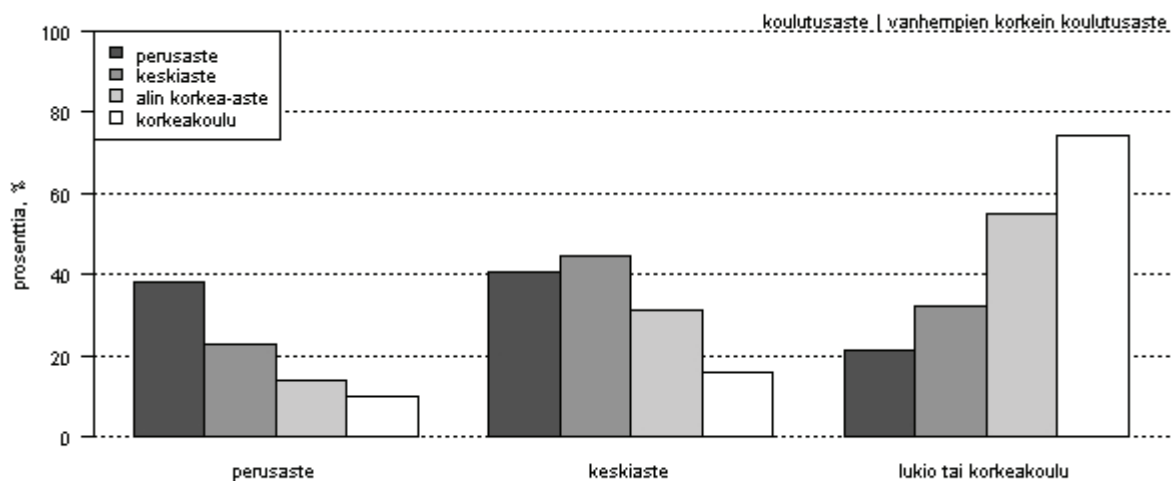
Taulukko 5. Kohortin jäsenten vanhempien tietoja.

Tiedot vuosilta		Kaikki	
		n= 59 476	%
Demografisia tietoja			
2009	Vanhemmat avioliitossa	34 486	58 ^h
1987-2008	Vanhemmat eronneet seuranta-aikana	17 938	30 ^h
1987	Äiti yksinhuoltaja	3 117	5 ^h
1987	Äiti tupakoinut raskausaikana	8 908	15 ^h
1987	Äiti tai isä alle 20-vuotias lapsen syntyessä	2 034	3 ^h
1987-2008	Äiti kuollut seuranta-aikana	1 187	2 ^h
1987-2008	Isä kuollut seuranta-aikana	3 169	5 ^h
1987-2008	Toimeentulotukea äidillä/isällä/vanhemmilla	22 599	38 ^h
2009	Koulutustaso		
	korkein	15 412	25 ^h
	matalin	4 756	8 ^h
	isä	10 723	18 ^h
	äiti	9 445	15 ^h
	korkein	14 297	24 ^h
	matalin	7 596	12 ^h
	isä	8 179	13 ^h
	äiti	13 714	23 ^h
	korkein	25 639	43 ^h
	matalin	27 100	45 ^h
	isä	25 851	43 ^h
	äiti	26 888	45 ^h
	korkein	4 128	6 ^h
	matalin	20 024	33 ^h
	isä	14 723	24 ^h
	äiti	9 429	15 ^h
2009	Sosioekonominen asema		
	Ylempi toimihenkilö	isä 14 433 äiti 9 319	24 ^h 15 ^h
	Alempi toimihenkilö	isä 9 102 äiti 28 270	15 ^h 47 ^h
	Työntekijä	isä 24 440 äiti 11 917	41 ^h 20 ^h
	Muu	isä 6 978 äiti 5 986	11 ^h 10 ^h
Terveystietoja			
1987-2008	Diagnosoitu syöpä	äiti 2 413 isä 1 659	4 ^h 2 ^h
1987-2008	Diagnosoitu aivovamma	äiti 166 isä 644	0.3 1 ^h
1986-2008*	Psykiatrinen diagnoosi	äiti 6 353 isä 4 684	10 ^h 7 ^h
1998-2008	Psykiatrisen erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynti	äiti 6 732 isä 4 728	11 ^h 7 ^h
1969-2008	Psykiatrisen erikoissairaanhoidon osastohoito	äiti 2 834 isä 3 560	4 ^h 6 ^h

*Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön diagnoosit psykiatrisen erikoissairaanhoidon osastohoitotiedoista 1986–2008 ja poliklinikkahoitotiedoista 1998–2008.

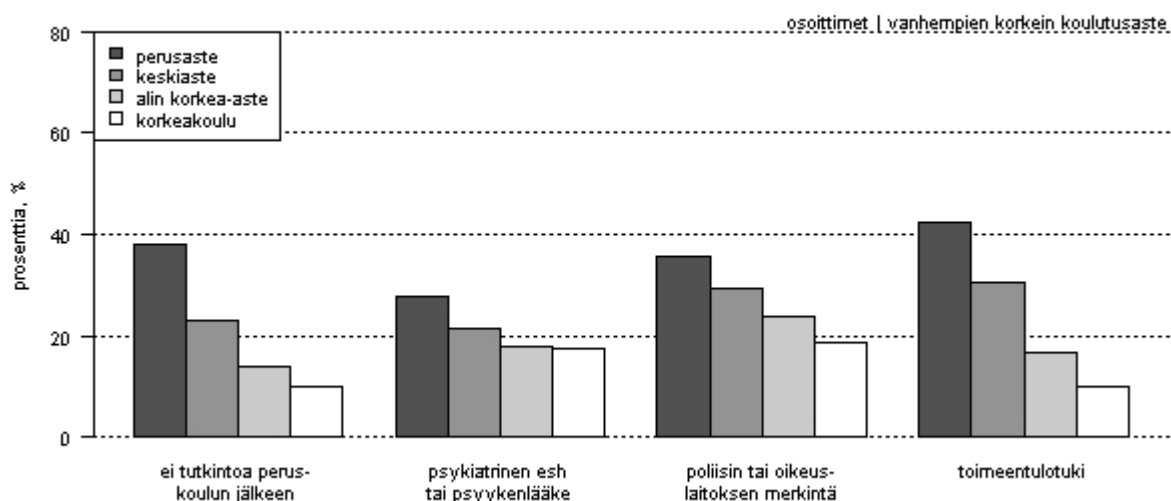
Vanhempien koulutuksen suhde lasten hyvinvointiin

Vanhempien sosioekonominen asema, koulutus, taloudellinen ja terveydellinen tilanne sekä perhesuhteiden muutokset vaikuttavat heidän lastensa kouluttautumiseen ja muihin hyvinvoinnin osa-alueisiin. Kuvassa 12 on esitetty kohortin jäsenten koulutusaste heidän vanhempiansa korkeimman koulutusasteen mukaan. Niistä ikäluokan lapsista, joiden vanhemmilla ei ollut perusasteen jälkeistä tutkintoa, 38,1 prosenttia oli itsekin vailla peruskoulun jälkeistä jatkotutkintoa seurannan päättyessä. Viidesosalla (21,4 %) kouluttamattomien vanhempien lapsista oli lukio- tai korkeakoulututkinto. Vastaavasti korkeasti koulutettujen vanhempien lapsista kolmella neljästä (74,1 %) oli lukio- tai korkeakoulututkinto ja joka kymmenes (10,1 %) oli vailla peruskoulun jälkeistä jatkotutkintoa. Koko ikäluokasta noin joka viides (18,5 %) oli vailla peruskoulun jälkeistä jatkotutkintoa seurannan päättyessä ja noin joka toisella (47,9 %) oli lukio- tai korkeakoulututkinto.



Kuva 12. Vuonna 1987 syntyneiden koulutusastejakaumat vanhempien korkeimman koulutusasteen (neljä luokkaa) mukaan.

Vanhempien sosioekonominen asema ja koulutus vaikuttavat heidän lastensa hyvinvointiin. Kuvassa 13 on esitetty vanhempien koulutuksen suhde heidän lastensa hyvinvoinnin eri osa-alueisiin. Korkeasti koulutettujen vanhempien lapset käyttivät matalasti koulutettujen vanhempien lapsia vähemmän psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluja (17,7 % vs 27,9 %). Heillä oli myös harvemmin merkintöjä poliisin tai oikeuslaitoksen rekistereissä (18,9 % vs 35,7 %) ja vähemmän toimeentulotuen käyttöä (10,2 % vs 42,5 %).



Kuva 13. Vuonna 1987 syntyneiden hyvinvoinnin osoittimet heidän vanhempinsa korkeimman koulutusasteen mukaan.

Vanhempien toimeentulotuki ja lasten hyvinvointi

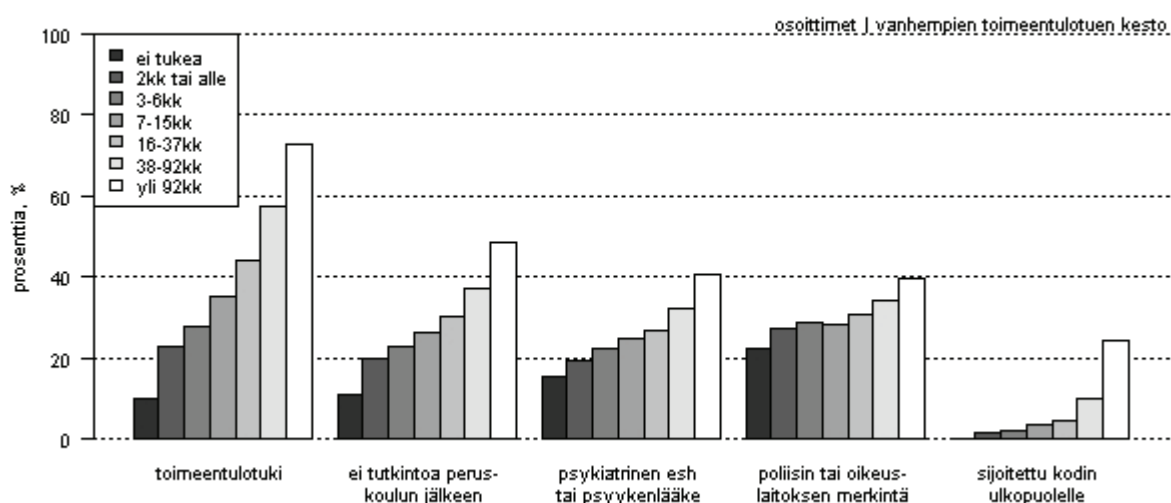
Perheen taloudelliset ongelmat ovat kiinteässä yhteydessä lasten myöhempiin hyvinvoinnin ja mielenterveyden ongelmiin. Noin kolmella neljästä (71,6 %) vuonna 1987 syntyneestä toimeentulotukea saaneesta nuoresta on toimeentulotukea saanut vanhempi. Lisäksi yli puolella (55,3 %) psykiatrisen diagnoosin saaneista ikäluokan lapsista vanhemmat ovat saaneet toimeentulotukea, samoin lähes kahdella kolmesta (62,6 %) peruskoulun jälkeistä tutkintoa vailla olevasta nuoresta on toimeentulotukea saanut vanhempi. Vanhempien toimeentulotuen saanti taloudellisten ongelmien mittarina näyttäytyy riskinä myös lasten kodin ulkopuolelle sijoittamiselle, yhdeksällä kymmenestä kodin ulkopuolelle sijoitetusta lapsesta oli vanhempi, joka oli saanut toimeentulotukea seuranta-aikana.

Vanhempien toimeentulotuen saannin pitkittyessä lasten hyvinvointiongelmat yleistyvät. Kuvassa 14 on esitetty vanhempien toimeentulotukikuukausien yhteismäärän suhde heidän lastensa hyvinvoinnin eri osa-alueisiin. Jos kumpikaan vanhemmista ei ollut saanut toimeentulotukea, lapsista joka kymmenes (10,3 %) oli saanut toimeentulotukea seuranta-aikana. Jos vanhempi oli jossain vaiheessa seuranta-aikana saanut toimeentulotukea, heidän lapsistaan 43,2 prosentilla oli rekisteröity toimeentulotuen käyttöä. Mikäli vanhempien tukikuukausien yhteismäärä ylitti 92 kuukautta, oli heidän lapsistaan lähes kolme neljästä (72,9 %) saanut myös toimeentulotukea.

Toimeentulotukeen turvautumattomien vanhempien lapsista joka yhdeksäs (11,0 %) oli vailla peruskoulun jälkeistä tutkintoa, kun toimeentulotukea saaneiden vanhempien lapsista vajaat kolmasosa oli vailla peruskoulun jälkeistä jatkotutkintoa (30,6 %). Yli 92 kuukautta toimeentulotukea saaneiden vanhempien lapsista lähes puolet (48,5 %) oli vailla peruskoulun jälkeistä jatkotutkintoa seurannan päättyessä.

Sama ilmiö toistuu lasten psykiatrisen erikoissairaanhoidon tai psyykenlääkkeiden käytössä, rikollisuudessa kuin myös kodin ulkopuolelle sijoituksissa. Noin joka kuudes (15,5 %) ikäluokan lapsi tai nuori, jonka vanhemmat eivät olleet saaneet toimeentulotukea, oli käyttänyt psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita tai psyykenlääkkeitä, kun taas toimeentulotukea saaneiden vanhempien lapsista 27,7 prosentilla oli rekisteröity psykiatristen palveluiden tai psyykenlääkkeiden käyttöä, ja pitkäaikaisesti (yli 92 kk) toimeentulotukea saaneiden vanhempien lapsista 40,6 prosentilla. Poliisin tai oikeuslaitoksen merkintöjä oli

22,4 prosentilla niistä lapsista, joiden vanhemmilla ei ollut toimeentulotuen käyttöä, ja 31,5 prosentilla niistä, joiden vanhemmilla toimeentulotukea oli tilastoitu. Niistä, joiden vanhemmilla toimeentulotukikuukausia oli yli 92, merkintöjä poliisin tai oikeuslaitoksen rekistereissä oli 39,4 prosentilla. Kodin ulkopuolelle oli sijoitettu 0,4 prosenttia lapsista, joiden vanhemmilla ei ollut toimeentulotuen käyttöä, mutta 7,7 prosenttia toimeentulotukea saaneiden vanhempien lapsista. Niistä lapsista, joiden vanhemmat olivat saaneet yli 92 kuukautta toimeentulotukea seuranta-aikana, lähes neljäsosa (24,2 %) oli sijoitettu kodin ulkopuolelle.

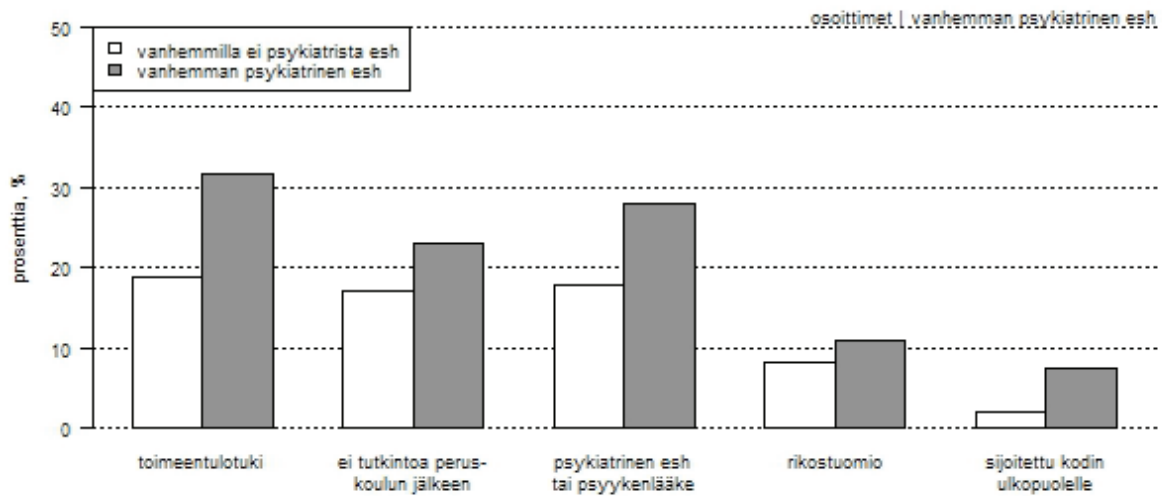


Kuva 14. Vuonna 1987 syntyneiden hyvinvoinnin osoittimet heidän vanhempiansa yhteenlasketun toimeentulotuen saantiajan mukaan. Toimeentulotukea saaneet vanhemmat on jaettu kuuteen mahdollisimman samankokoiseen ryhmään saatujen toimeentulotukikuukausien perusteella.

Vanhemman terveys ja lasten hyvinvointi

Vanhemman mielenterveyden ongelmat

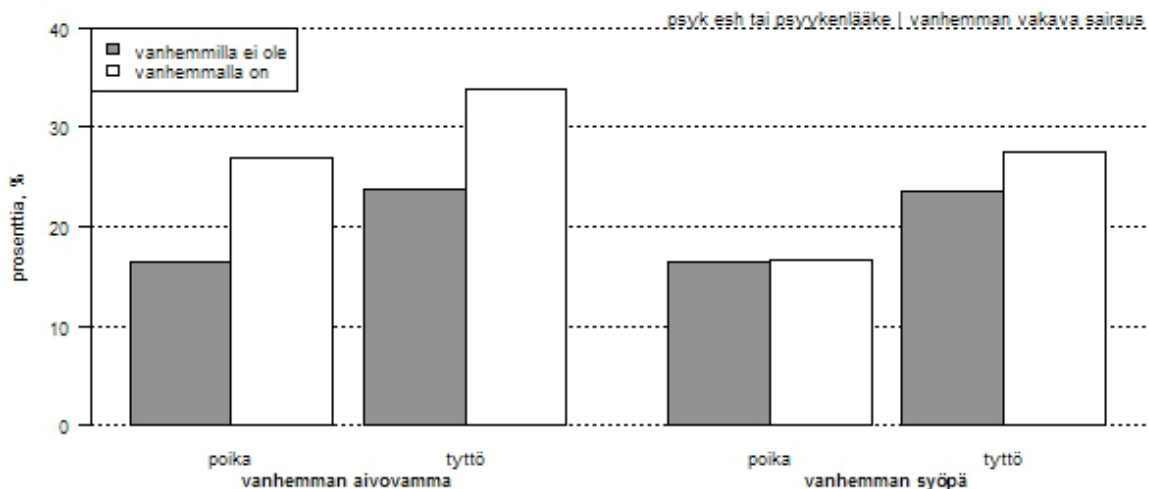
Vanhempien mielenterveyden ongelmat lisäävät heidän lastensa riskiä paitsi mielenterveyden ongelmiin, myös muihin hyvinvointiongelmiiin. Kuvassa 15 on esitetty lasten hyvinvoinnin osoittimet, kun vanhempaa on hoidettu psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettujen vanhempien lapsista kolmasosa (32,9 %) oli saanut seuranta-aikana toimeentulotukea, kun ei-hoidettujen vanhempien lapsista toimeentulotukea oli saanut viidesosa (19,9 %). Neljäsosa (23,2 %) psykiatrisessa hoidossa olleiden vanhempien lapsista oli vailla peruskoulun jälkeistä jatkotutkintoa (vs 17,1 %), ja 28,0 prosentilla oli itselläänkin psykiatrisen erikoissairaanhoidon tai mielenterveyslääkkeiden käyttöä (vs 17,9 %). Rikostuomion oli saanut 11,1 prosenttia psykiatrisessa hoidossa olleiden vanhempien lapsista (vs 8,1 %) ja 7,6 prosenttia lapsista, joiden vanhempaa oli hoidettu psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa oli ollut sijoitettuna kodin ulkopuolelle (vs. 1,9 %). Vanhemman psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa diagnosoitu päihdeongelma, joka jo itsessään on huomattava riski lasten hyvinvoinnin ongelmille, oli mukana tarkastelluissa vanhempien erikoissairaanhoidon käynneissä.



Kuva 15. Vuonna 1987 syntyneiden hyvinvoinnin osoittimet sen mukaan, onko ainakin toisella vanhemmista käyntejä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa.

Vanhemman vakava fyysinen sairaus

Ei vain vanhemman psyykkiset ongelmat, vaan myös vanhemman fyysinen sairastaminen lisää heidän lastensa hyvinvointiongelmien riskiä. Kuvassa 16 on esitetty vuonna 1987 syntyneiden psykiatrisen erikoissairaanhoidon tai psykykenlääkkeiden käyttö sen mukaan, onko heidän vanhemmillaan diagnosoitu aivovamma tai syöpä. Niillä vuonna 1987 syntyneillä, joiden vanhemmalla oli seuranta-aikana diagnosoitu aivovamma, kolmasosalla (33,8 %) tytöistä ja 26,9 prosentilla pojista oli psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluiden tai mielenterveyslääkkeiden käyttöä, kun vastaavat luvut muulla ikäluokalla olivat tytöillä 23,8 ja pojilla 16,4 prosenttia. Vanhemman syöpä lisäsi erityisesti tyttöjen psykiatrisen erikoissairaanhoidon tai psykykenlääkkeiden käyttöä (27,4 % vs 23,7 %). Lisää vanhemman fyysisen sairastamisen yhteydestä heidän lastensa psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöön (Niemelä ym., 2012).



Kuva 16. Kohortin jäsenten psykiatrisen erikoissairaanhoidon tai psykykenlääkkeiden käyttö vanhemman aivovamman tai syövän mukaan.

Hyvinvointi alueellisesti

Kansallinen syntymäkohortti 1987 –tutkimuksessa havaittiin huomattavia alueellisia eroja ikäluokan hyvinvoinnissa. Kuvissa 17–21 on esitetty hyvinvoinnin osoittimien maantieteelliset jakaumat, kuvassa 17 koulutusasteen jakaumat vuoden 1994 kotikuntatiedon perusteella, kuvien 18–21 tiedot ovat vuoden 2009 kotikuntatiedon perusteella, ja taulukossa 6 on esitetty tarkemmin maakuntakohtaisia hyvinvointitietoja.

Peruskoulun jälkeinen tutkinto oli yleisemmin suoritettuna niillä vuonna 1987 syntyneillä, joiden kotikunta koulun alkaessa vuonna 1994 sijoittui Keski-Pohjanmaalle, Pohjanmaalle, Etelä-Pohjanmaalle tai Pohjois-Karjalaan. Eniten peruskoulun jälkeistä jatkotutkintoa vailla olevia oli niissä nuorissa, jotka olivat aloittaneet koulunsa Päijät-Hämeessä, Uudellamaalla, Itä-Uudellamaalla tai Ahvenanmaalla.

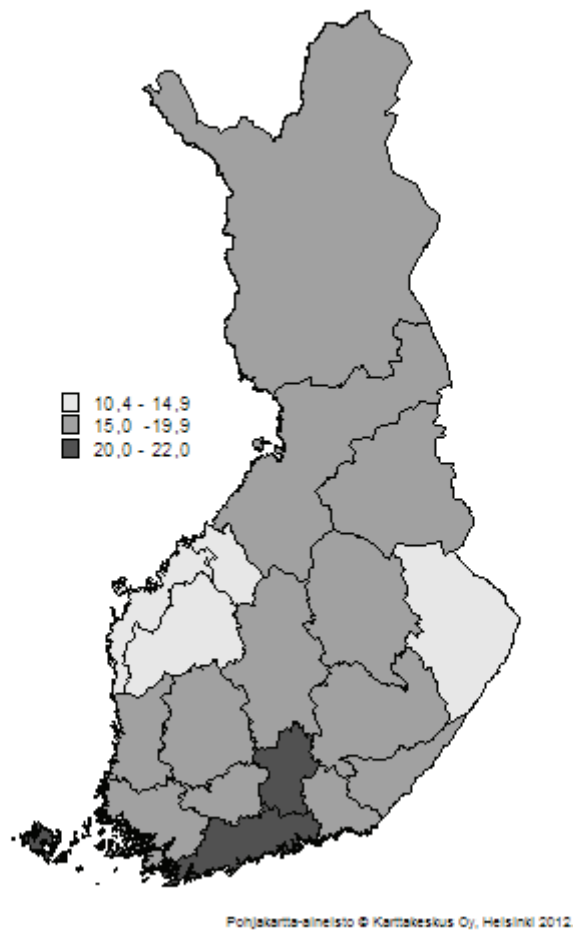
Jos verrataan kuvissa 17 ja 18 esitettyjä vain peruskoulun käyneiden nuorten prosenttiosuuksia vuoden 1994 ja 2009 kotikuntatietojen mukaan, alueellinen hyvinvointi näyttäytyy hieman eri valossa. Esimerkiksi niistä vuonna 1987 syntyneistä nuorista, jotka aloittivat koulunsa Uudellamaalla, 22 prosenttia ei ollut suorittanut toisen asteen tutkintoa seuranta-ajan loppuessa. Jos taas verrataan kuvan 17 tietoja kuvassa 18 esitettyihin koulutustietoihin vuoden 2009 asuinpaikan mukaan, nähdään, että Uudellamaalla vuonna 2009 asuvista kohortin jäsenistä 19,8 prosenttia oli seuranta-ajan loppuessa vailla peruskoulun jälkeistä jatkotutkintoa. Vuosien 1994 ja 2009 välillä Uudellamaalla on siis muuttanut toisen asteen tutkinnon suorittaneita henkilöitä merkittäviä määriä, kun samaan aikaan esimerkiksi Kanta-Hämeen alueella vain peruskoulun suorittaneiden määrä on lisääntynyt 5 prosenttiyksikköä.

Tämä tutkimus vahvistaa siis jo tunnettua tietoa siitä, että maan sisäisessä muuttoliikkeessä koulutuksella on suuri vaikutus ja erityisesti kouluttautuneet nuoret muuttavat syrjäseuduilta kohti kasvukeskuksia, kuten pääkaupunkiseudulle. Huomattavaa tämän tutkimuksen tuloksissa Uudenmaan osalta onkin, että vaikka Uusimaa vetää puoleensa koulutettuja henkilöitä ja näyttäytyy siten melko myönteisessä valossa nuorten koulutuksen suhteen, yli viidesosa Uudellamaalla koulunsa aloittaneista nuorista ei ollut suorittanut toisen asteen tutkintoa maan keskiarvon ollessa 16,9 prosenttia. Samoin ne alueet, jotka näyttävät kouluttamattomien nuorten osuuden suhteen synkiltä, tarkoittaa todellisuudessa sitä, että näille seuduille jäävät juuri ne nuoret, joilla ei ole koulutusta ja jotka eivät ehkä pysty näillä seuduilla kouluttautumaan.

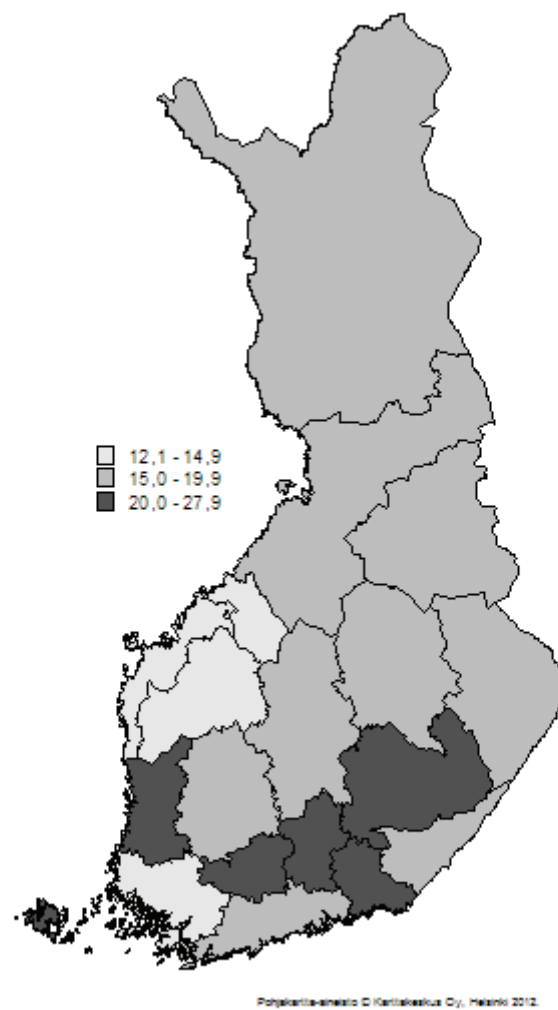
Kuvasta 19 ja taulukosta 6 nähdään, että psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita tai psyykenlääkkeitä käytettiin vähiten Pohjanmaalla, Etelä-Pohjanmaalla, Pirkanmaalla, Satakunnassa tai Lapissa. Vuonna 1987 syntyneiden ikäluokasta yleisimmin psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita tai psyykenlääkkeitä käyttivät ne, joiden kotikunta vuonna 2009 sijoittui Keski-Suomeen, Pohjois-Savoon, Uudellamaalle tai Etelä-Karjalaan. Tarkempien tutkimusten mukaan alueelliset erot psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluiden käytöstä tulevat nimenomaan psykiatristen poliklinikkakäyntien epätasaisesta jakautumisesta, sillä psykiatriset osastokäynnit jakautuvat maantieteellisesti suhteellisen tasaisesti (Paananen ym., 2012).

Toimeentulotukea vuonna 1987 syntyneistä olivat yleisimmin saaneet ne, joiden kotikunta vuonna 2009 sijoittui Lappiin, Kainuuseen, Pohjois-Savoon tai Pohjois-Karjalaan (Kuva 20). Näissä toimeentulotukea saaneiden osuus oli yli 30 prosenttia ikäluokasta. Uudellamaalla, Varsinais-Suomessa, Pohjanmaalla ja Keski-Pohjanmaalla toimeentulotukea saaneiden osuus oli muuta maata vähäisempää, alle 20 prosenttia.

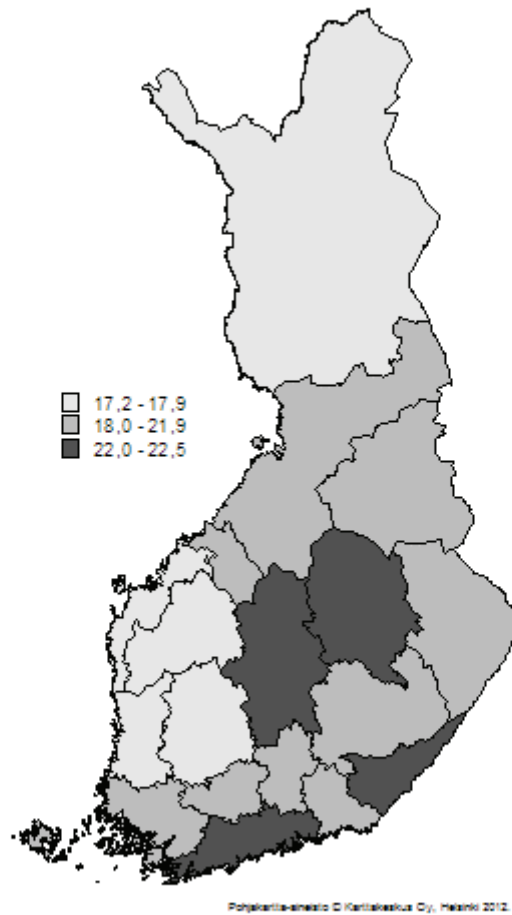
Seuranta-aikana poliisin tai oikeuslaitoksen merkintä oli yleisimmin nuorilla, joiden kotikunta vuonna 2009 sijoittui Kainuuseen, Etelä-Pohjanmaalle, Satakuntaan, Ahvenanmaalle tai Kymenlaaksoon (Kuva 21).



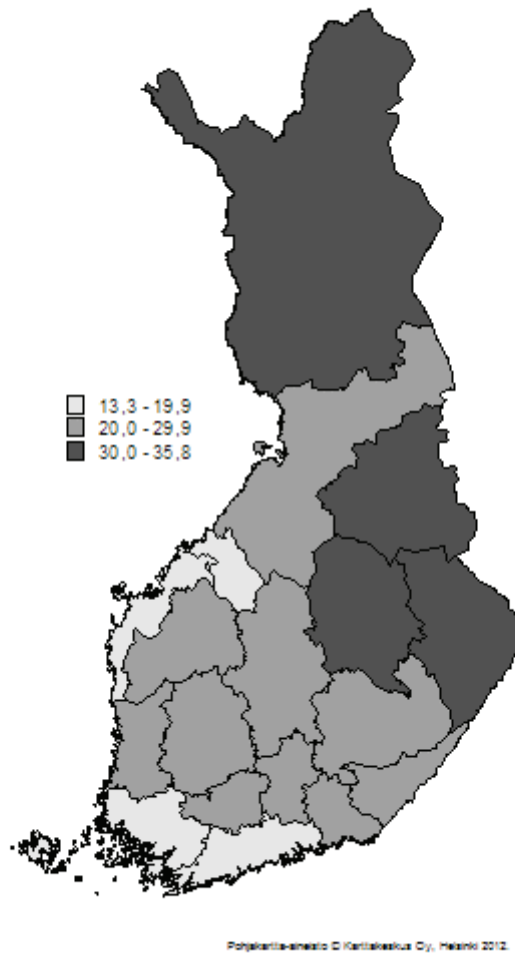
Kuva 17. Peruskoulun jälkeistä tutkintoa vailla olevien kohortin jäsenten maakuntakohtaiset prosenttiosuudet vuoden 1994 kotikuntatiedon mukaan.



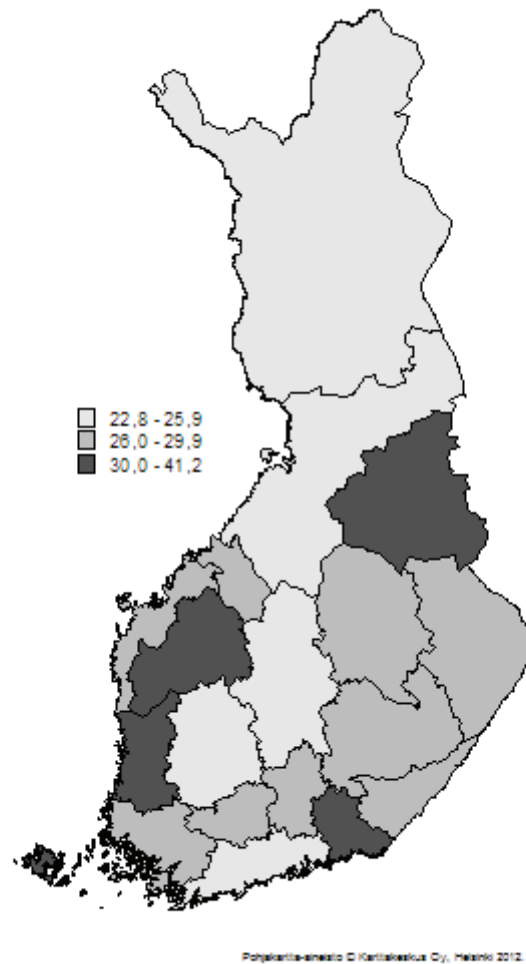
Kuva 18. Peruskoulun jälkeistä tutkintoa vailla olevien kohortin jäsenten maakuntakohtaiset prosenttiosuudet vuoden 2009 kotikuntatiedon mukaan.



Kuva 19. Psykiatrasta erikoissairaanhoidoa tai psyykenlääkehoitoa saaneiden kohortin jäsenten maakunta-kohtaiset prosenttiosuudet vuoden 2009 kotikuntatiedon mukaan.



Kuva 20. Toimeentulotukea saaneiden kohortin jäsenten maakuntakohtaiset prosenttiosuudet vuoden 2009 kotikuntatiedon mukaan.



Kuva 21. Seuranta-aikana poliisin tai oikeuslaitoksen rekistereihin merkittyjen kohortin jäsenten maakuntakohtaiset prosenttiosuudet vuoden 2009 kotikuntatiedon mukaan.

Taulukko 6. Vuonna 1987 syntyneiden hyvinvoinnin osoittimet vuoden 2009 asuinmaakunnan mukaan.

Maakunta 2009			Koulutusaste			psykiatri tai psy. esh	psy. esh.	psykiatri	Toimeentulo- tuki	poliisin/ oikeusl. merkintä	rikostuomio
			perus	keski	lukio/kk						
Koko maa 100.0 %	poika	n= 30435	20.7	38.7	40.6	16.5	12.1	9.9	21.2	38.4	14.1
	tyttö	n= 29041	16.1	28.4	55.5	23.9	16.8	16.7	24.7	12.7	3.1
	kaikki	n= 59476	18.5	33.7	47.9	20.1	14.4	13.2	22.8	25.9	8.8
Uusimaa 52.3 %	poika	n= 7843	23.3	25.4	51.3	18.9	14.5	10.6	16.9	34.2	13.2
	tyttö	n= 8081	16.4	19.2	64.4	25.4	18.1	17.4	18.5	10.8	2.3
	kaikki	n= 15924	19.8	22.2	58.0	22.2	16.3	14.0	17.7	22.3	7.7
Varsinais-Suomi 16.7%	poika	n= 2532	17.0	39.7	43.3	15.5	11.7	8.8	17.3	40.8	15.4
	tyttö	n= 2559	12.7	26.5	60.8	23.4	16.0	17.3	18.2	12.5	3.3
	kaikki	n= 5091	14.8	33.0	52.1	19.5	13.9	13.1	17.8	26.6	9.3
Satakunta 7.6 %	poika	n= 1218	24.1	44.6	31.4	14.0	8.9	9.3	23.5	43.8	18.1
	tyttö	n= 1103	16.6	30.6	52.8	21.8	15.5	16.1	30.2	17.5	4.3
	kaikki	n= 2321	20.5	38.0	41.5	17.7	12.1	12.5	26.7	31.3	11.5
Kanta-Häme 5.5 %	poika	n= 843	26.0	43.5	30.5	17.1	13.0	10.4	22.1	41.8	16.0
	tyttö	n= 817	21.5	33.5	44.9	25.5	19.5	17.4	27.8	15.1	3.5
	kaikki	n= 1660	23.8	38.6	37.6	21.2	16.2	13.9	24.9	28.6	9.9
Pirkanmaa 18.9 %	poika	n= 2979	17.7	38.0	44.3	13.4	7.3	9.4	19.3	37.8	13.6
	tyttö	n= 2777	14.7	28.8	56.5	21.9	12.9	16.6	23.7	12.9	3.4
	kaikki	n= 5756	16.2	33.5	50.2	17.5	10.0	12.9	21.4	25.8	8.7
Päijät-Häme 6.3 %	poika	n= 944	25.5	43.1	31.4	16.7	12.0	9.9	26.0	43.3	15.5
	tyttö	n= 966	21.2	32.9	45.9	22.3	15.5	18.2	33.2	16.8	4.7
	kaikki	n= 1910	23.4	38.0	38.7	19.5	13.8	14.1	29.6	29.9	10.0
Kymenlaakso 5.2 %	poika	n= 843	24.0	50.8	25.3	17.0	13.2	10.3	24.9	44.2	19.1
	tyttö	n= 749	19.5	39.1	41.4	25.0	17.6	17.9	27.5	16.8	3.3
	kaikki	n= 1592	21.9	45.3	32.9	20.7	15.3	13.9	26.1	31.3	11.7
Etelä-Karjala 4.5 %	poika	n= 761	17.7	41.1	41.1	17.7	13.8	11.7	23.8	37.8	13.7
	tyttö	n= 612	12.7	38.4	48.9	27.6	21.9	17.6	30.6	13.4	3.6
	kaikki	n= 1373	15.5	39.9	44.6	22.1	17.4	14.3	26.8	26.9	9.2
Etelä-Savo 4.9 %	poika	n= 804	22.6	43.9	33.5	16.5	12.8	10.2	20.8	40.2	15.8
	tyttö	n= 689	18.4	32.5	49.1	24.2	16.1	17.9	31.2	15.7	4.1
	kaikki	n= 1493	20.7	38.6	40.7	20.1	14.3	13.7	25.6	28.9	10.4
Pohjois-Savo 9.0 %	poika	n= 1468	18.5	43.7	37.8	17.1	12.8	10.4	27.8	39.2	13.6
	tyttö	n= 1259	15.5	33.2	51.3	28.1	21.8	19.1	34.6	11.3	2.9
	kaikki	n= 2727	17.1	38.8	44.0	22.2	16.9	14.4	30.9	26.3	8.7
Pohjois-Karjala 6.3 %	poika	n= 1002	17.0	42.8	40.2	17.2	11.9	11.1	32.3	39.0	12.3
	tyttö	n= 929	12.8	30.1	57.1	25.3	16.6	17.7	34.8	12.2	2.9
	kaikki	n= 1931	15.0	36.7	48.3	21.1	14.1	14.2	33.5	26.1	7.8
Keski-Suomi 10.8 %	poika	n= 1631	19.2	38.6	42.2	17.2	13.0	10.3	28.3	33.5	12.4
	tyttö	n= 1646	15.1	31.0	53.9	27.8	20.6	19.0	31.7	9.8	3.1
	kaikki	n= 3277	17.1	34.8	48.1	22.5	16.8	14.6	30.0	21.6	7.7
Etelä-Pohjanmaa 7.0 %	poika	n= 1145	15.7	54.1	30.2	14.4	10.9	8.2	19.6	47.6	15.1
	tyttö	n= 983	14.0	40.2	45.8	20.5	15.1	14.1	26.0	18.0	3.8
	kaikki	n= 2128	14.9	47.7	37.4	17.2	12.8	10.9	22.6	33.9	9.9
Pohjanmaa 6.5 %	poika	n= 1038	16.2	51.0	32.9	16.6	12.9	10.1	12.9	44.4	14.2
	tyttö	n= 938	11.2	32.1	56.7	18.1	12.3	12.5	13.8	13.8	3.2
	kaikki	n= 1976	13.8	42.0	44.2	17.3	12.6	11.2	13.3	29.9	9.0
Keski-Pohjanmaa 2.7%	poika	n= 454	13.2	54.8	31.9	13.9	10.8	6.8	17.2	41.2	12.8
	tyttö	n= 372	10.8	44.6	44.6	27.4	19.1	16.7	17.7	15.3	2.7
	kaikki	n= 826	12.1	50.2	37.7	20.0	14.5	11.3	17.4	29.5	8.2
Pohjois-Pohjanmaa 16.3 %	poika	n= 2646	18.7	42.9	38.4	15.7	10.8	9.9	24.4	36.7	12.9
	tyttö	n= 2323	16.1	32.3	51.6	22.4	15.5	15.7	30.6	12.1	3.9
	kaikki	n= 4969	17.5	37.9	44.6	18.8	13.0	12.6	27.3	25.2	8.7
Kainuu 2.7 %	poika	n= 455	19.3	51.0	29.7	18.9	14.1	11.4	30.3	43.3	18.2
	tyttö	n= 378	16.4	42.9	40.7	25.4	20.6	15.1	35.2	14.6	3.4
	kaikki	n= 833	18.0	47.3	34.7	21.8	17.0	13.1	32.5	30.3	11.5
Lappi 6.6 %	poika	n= 1032	21.2	43.3	35.5	15.0	11.1	7.8	33.3	39.0	13.9
	tyttö	n= 960	16.4	31.1	52.5	20.7	15.3	11.8	38.4	10.5	3.5
	kaikki	n= 1992	18.9	37.4	43.7	17.8	13.2	9.7	35.8	25.3	8.9
Itä-Uusimaa 2.5 %	poika	n= 383	15.9	55.4	28.7	18.0	13.8	8.9	12.5	46.0	14.4
	tyttö	n= 386	19.2	36.8	44.0	24.6	18.1	15.8	17.9	20.2	3.6
	kaikki	n= 769	17.6	46.0	36.4	21.3	16.0	12.4	15.2	33.0	9.0
Ahvenanmaa 0.7 %	poika	n= 112	29.5	58.9	11.6	15.2	13.4	12.5	16.1	55.4	28.6
	tyttö	n= 92	26.1	50.0	23.9	26.1	20.7	19.6	20.7	23.9	6.5
	kaikki	n= 204	27.9	54.9	17.2	20.1	16.7	15.7	18.1	41.2	18.6

Pohdinta

Vuonna 1987 Suomessa syntyneiden pitkittäisseurannan perusteella voidaan todeta, että Suomessa suuri osa nuorista aikuisista voi hyvin. Huomattavaa on kuitenkin, että on merkittävä joukko lapsia ja nuoria, joille on 21 vuoden ikään mennessä rekisteröity erilaisia hyvinvoinnin ongelmia. Viidesosa ikäluokasta on käyttänyt psykiatrian erikoissairaanhoidon palveluita tai psyykenlääkkeitä ennen aikuisikää, ja joka viidennellä ei ole toisen asteen koulutusta. Toimeentulo-ongelmat sekä rikollisuus koskettavat noin joka neljättä 1987 syntynyttä.

Tutkimuksen perusteella käy selväksi, että hyvinvointi eriytyy ja hyvinvoinnin ongelmat, kuten kouluttamattomuus, mielenterveys- sekä toimeentulo-ongelmat kasaantuvat. Niillä nuorilla, joilla ei ole peruskoulun jälkeistä jatkotutkintoa seuranta-ajan päätyessä, on huomattavasti yleisemmin myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon tai psyykenlääkkeiden käyttöä, toimeentulo-ongelmia ja rikollisuutta.

Kansallinen syntymäkohortti 1987 –tutkimuksen tulokset kertovat ongelmien periytymisestä sukupolvelta toiselle, ylisukupolvisuudesta. Lapsuuden olosuhteilla on huomattava vaikutus myöhempään hyvinvointiin. Vanhemman kuolema, vakava sairastuminen tai mielenterveyden ongelmat ovat kiinteässä yhteydessä lasten myöhempiin hyvinvoinnin ja mielenterveyden ongelmiin ja vanhempien työttömyys sekä taloudelliset ja terveydelliset vaikeudet lisäävät lasten koulunkäynnin ja mielenterveyden ongelmia sekä huostaanottojen riskiä. Tutkimuksemme osoittaa esimerkiksi, että koulutuksen ulkopuolelle jääneiden nuorten vanhemmat ovat keskimäärin heikommin koulutettuja ja heillä on useammin toimeentulo-ongelmia. Myös alkoholiongelmat ja mielenterveyden häiriöt ovat osittain ylisukupolvisia, ja näyttäytyvät riskitekijöinä lasten myöhemmälle hyvinvoinnille. Lisäksi vanhemman fyysinen sairastavuus lisää heidän lastensa riskiä mielenterveyden ongelmille.

Lapsuuden perhetekijät, elinolot ja kehitysympäristöt ovat oleellisia yhteiskuntaan kiinnittymisessä. Aiempien tutkimusten perusteella tiedetään, että varhaiset elinolot vaikuttavat esimerkiksi kouluttautumiseen ja tätä kautta kokonaisvaltaisesti myöhempään hyvinvointiin. Tutkimusten mukaan kehitysympäristöjen ongelmien vaikutus on sitä suurempi mitä varhaisemmassa vaiheessa niitä esiintyy.

Sosioekonominen, taloudellinen ja alueellinen eriarvoisuus

Tämän tutkimuksen perusteella lasten ja nuorten hyvinvointi eriytyy voimakkaasti heidän vanhempiansa koulutuksen, sosioekonomisen aseman ja taloudellisen tilanteen mukaan. Vanhempien heikko koulutus ja matala sosioekonominen asema ovat yhteydessä heidän lastensa hyvinvointiongelmien yleisyyteen. Erityisesti perheen taloudelliset ongelmat näyttävät heikentävän jälkikasvun mahdollisuuksia taloudellisesti itsenäiseen elämään ja näkyvät hoitoa vaativina mielenterveyden ongelmina. Aiempien tutkimusten perusteella tiedetään, että esimerkiksi erityisesti varhaislapsuudessa koettu köyhyys vaikuttaa kielteisesti nuorten kognitiiviseen suoriutumiseen ja vähentää peruskoulun loppuun suorittamisen todennäköisyyttä (Duncan ym., 1998).

Lisäksi tiedetään, että sosioekonomisen aseman (SES) vaikutus lasten ja nuorten terveyteen, oppimiskykyyn, käyttäytymiseen ja syrjäytymiseen on suuri. Britannian johtavat tutkijat ovat arvioineet, että vanhempien sosioekonomisen aseman vaikutus lasten kognitiiviseen kehitykseen on nähtävissä heti lapsen syntymän jälkeen ja sen vaikutus vahvistuu kuukausi kuukaudelta (Feinstein, 1998). Brittiläisten seurantatutkimusten perusteella voidaan myös sanoa, että tapahtumat ja olosuhteet ennen kouluikää vaikuttavat nuorten ja aikuisten oppimistulokseen ainakin yhtä paljon, jopa enemmän, kuin kouluaikaiset olosuhteet (Wadsworth 1991).

Vaikka Suomessa ja muissa Pohjoismaissa taloudellisella asemalla ja koulutuksella mitattu sosiaalinen liikkuvuus on suurempaa kuin useissa liberaaleissa hyvinvointivaltioissa (Corak, 2006; Grawe, 2004; Solon, 1999), osoittaa tutkimuksemme väistämättä esimerkiksi koulutuksen, mielenterveyden ongelmien

ja taloudellisten olojen osalta vahvaa ylisukupolvisuutta. Nobel-palkittu Amartya Sen on esittänyt, että sosiaalipolitiikan tavoitteena tulisi olla mahdollistaa jokaisen yksilön vapaus kehittää omaa potentiaaliaan. Vapaus seniläisessä mielessä tarkoittaa siis muun muassa ylisukupolvisten vaikutusten minimointia ja jos Suomessa harjoitetun sosiaalipolitiikan tuloksia arvioitaisiin Senin vapaudenkäsitteen avulla (1999), näyttäytyy ongelmien ylisukupolvinen siirtyminen erityisen ongelmalliselta.

Kansallinen syntymäkohortti 1987 –tutkimuksen tulokset kertovat, että suomalaisten nuorten pärjäämiseen vaikuttavat tekijät ovat pitkälti samoja kuin muuallakin maailmassa. Vastaavanlaisten pitkittäisaineistojen perusteella tehtyjen tutkimusten perusteella esimerkiksi Yhdysvalloissa perheen tulotaso on näyttäytynyt vahvimmin nuoren kehitykseen vaikuttavana tekijänä, jopa suurempana kuin äidin koulutus tai työmarkkina-asema, vanhempien älykkyys, etnisyys tai moni muu tekijä (Duncan ym., 1994; Duncan & Brooks-Gunn, 1999; Smith ym., 1994).

Yhdysvaltalaisen tutkimusten perusteella köyhyys vaikuttaa eniten juuri lasten oppimiskykyyn, ja hieman vähemmän fyysiseen terveyteen tai käytökseen. Toisaalta, vaikka köyhyyden vaikutus oppimiskykyyn arvioidaan suuremmaksi kuin sen vaikutus terveyteen, on köyhyyden vaikutus terveyteen kuitenkin huomattava, samaa suuruusluokkaa kuin esimerkiksi raskaudenaikaisen tupakoinnin vaikutus lapsen myöhempään terveyteen (Children's Defence Fund, 1996).

Vastikään julkaistun vuoden 2012 Nuorisobarometrin tuloksissa havaittiin, että lapsuudenkodin parempi taloudellinen toimeentulo vaikuttaa myönteisesti kaikkiin lapsuudenkodin ilmapiiriä kuvaaviin kysymyksiin (Myllyniemi, 2012).

Köyhyyden vaikutus lasten ja nuorten terveyteen selittyy osaksi myös biologisin prosessein. Tutkimukset ovat osoittaneet, että perheissä joissa on taloudellisia ongelmia, saattaa jo vauvojen stressivaste olla erilainen kuin muiden perheiden vauvoilla. Vauvojen kohonnut stressivaste ilmenee kohonneina kortisoli-pitoisuuksina, jota pidetään luotettavana stressin mittarina (Saridjan ym., 2010). Lisäksi köyhyyden on todettu olevan yhteydessä jo puolivuotiaiden vauvojen epäsuotuisaan temperamenttiin (Jansen ym., 2009).

Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että asuinalueen ominaispiirteillä voi olla oma itsenäinen vaikutuksensa lasten kehitykseen, esimerkiksi siten, että kaupungissa asuvat lapsetraportoivat maaseudun lapsia enemmän masennusta ja ahdistusta (McLeod & Edwards, 1990). Myös tämän tutkimuksen tulokset kertovat alueellisesta epätasa-arvosta, niin ongelmien alueellisesta kasaantumisesta kuin palveluiden epätasa-arvoisesta saatavuudesta (Paananen ym., 2012). Esimerkiksi psykiatrisen erikoissairaanhoidon avopalveluiden käytössä on huomattavaa maantieteellistä vaihtelua: palvelua saa paremmin Etelä-Suomessa ja suurissa kaupungeissa. Lisäksi ilman peruskoulun jälkeistä tutkintoa olevien nuorten osalta toimeentulotuen saannin sekä poliisin ja oikeuslaitoksen rekisterien merkinnöjen yleisyydessä on huomattavia alueellisia eroja. Pohjoismaisen hyvinvointivaltioideologian sekä erityisesti suomalaisen hyvinvointipolitiikan tavoitteen, tarveperustaisen ja yhtäläisen palveluiden saatavuuden valossa tutkimustuloksemme herättää kysymyksen politiikan onnistumisesta.

Mielenterveysongelmat ja ongelmien kasaantuminen

Tutkimuksen tulokset kertovat myös vanhempien mielenterveyden ongelmien vaikutuksista lasten kehitykseen. Toimeentulovaikeuksien ohella lasten ongelmien taustalla on usein vanhempien mielenterveysongelmia ja perhesuhteiden muutoksia. Kolmasosalla psykiatrisen diagnoosin saaneista lapsista ja nuorisista on psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettu vanhempi, kun kaikkien vuonna 1987 syntyneiden vanhemmista noin viidesosa on käyttänyt psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita. Noin 62 prosenttia psykiatrisen diagnoosin saaneista lapsista ja nuorista on yksinhuoltajaperheestä tai on kokenut vanhempien avioeron tai vanhemman kuoleman, kun nämä muuten koskettavat 45 prosenttia koko ikäluokasta. Lisäksi tutkimustulostemme perusteella vanhempien matala koulutus ja sosioekonominen asema lisäävät esimerkiksi lasten psykiatrisen erikoissairaanhoidon käyttöä. Näin siis myös vanhempien ongelmat kasautuvat ja jättävät jälkensä lasten hyvinvointiin.

Lisäksi tutkimuksemme mukaan huomattava osa mielenterveyden häiriöistä alkaa jo lapsena ja nuorena, jolloin ne vaikuttavat koulussa pärjäämiseen ja nuoren myöhempään hyvinvointiin. Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedetään, että esimerkiksi perheen köyhyys altistaa käytöshäiriöiden synnylle sekä lisää riskiä sairastua masennukseen (McLeod & Shannahan, 1993). Varhain alkava käytöshäiriö taas on yhteydessä epäsuotuisaan kehityspolkuun kuten heikkoon koulumenestykseen ja rikolliseen käyttäytymiseen (Silva, 1996).

Hyvinvointiongelmien kasaantuminen on ilmiönä tuttu myös muissa maissa tehdyissä pitkittäisseurantatutkimuksissa. Esimerkiksi brittiläisten seurantatutkimusten perusteella ongelmien kasaantuminen on hyvin yleistä ja usein kasaantumisen yhteiseksi taustatekijäksi voidaan löytää koulutuksen puute (Gregg & Machin, 1997; Kiernan, 1995). Ilmiönä ongelmien kasaantumisen on ajateltu olevan sekä seurausta aiemmista kokemuksista, että itsessään sosiaalinen prosessi, joka ohjaa elämänsä muodostumista (Blane ym., 2007). Tiettyt ongelmat siis lisäävät muiden ongelmien todennäköisyyttä, ja erityisesti varhaislapsuudessa koetut vaikeudet lisäävät myöhempien ongelmien ilmenemisen riskiä (Herzman, 1999).

Mielenterveyden häiriöt ovat tänä päivänä merkittävin työkyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä. Vuonna 2011 noin 1 600 alle 30-vuotiaasta nuorta jäi työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveyden häiriön perusteella – toisin sanoen joka päivä yli neljä nuorta. Erityisesti masennus työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen syynä on yleistynyt viime vuosina (Raitasalo & Maaniemi, 2011). Viime vuosikymmenien aikana lasten ja nuorten psykiatristen palvelujen käyttö on myös lisääntynyt huomattavasti: lastenpsykiatrian avokäynnit lähes kolminkertaistuivat ja nuorisopsykiatrian käynnit lähes nelinkertaistuivat vuosina 1994–2011 (Sotkanet). Myös psykiatrisessa laitoshoidossa olevien lasten ja nuorten osuus on samanaikaisesti kasvanut, eli kysymys ei ole ainoastaan painopisteen siirtymisestä kohti avopalveluita (THL, 2012).

Kouluterveyskyselyn tulokset osoittavat että itsekoettu keskivaikea tai vaikea masennus peruskoulun 8. ja 9. luokan, lukion ja ammattikoulun oppilaiden keskuudessa on pysynyt läpi 2000-luvun verrattain korkeana. Erityisen usein vaikeaa tai keskivaiketta masennusta kokevat peruskoululaiset tytöt, joista lähes viidesosa (18 %) kokee keskivaiketta tai vaikeaa masennusta, lukiossa ja ammattikoulussa opiskelevista tytöistä noin 15 prosenttia (THL, Kouluterveyskysely, 2011).

Lastensuojelun asiakasmäärät ovat kasvaneet huomasti 1990-luvun alusta lähtien. Avohuollon asiakasmäärät ovat yli kaksinkertaistuneet ja huostaan otettujen lasten osuus väestöstä lähes kaksinkertaistunut parin viime vuosikymmenen aikana. Etenkin teini-ikäisten huostaanotot ja kiireelliset sijoitukset ovat lisääntyneet. Sijoitusten taustalta löytyy usein monenlaisia perheen pitkäaikaisia ongelmia sekä köyhyyttä (Kestilä ym., 2012a).

Koulutuksen merkitys

Kansallinen syntymäkohortti 1987 –tutkimuksen mukaan vain perusasteen suorittaneet kärsivät huomattavasti muita koulutusryhmiä useammin mielenterveyden häiriöistä, saavat toimeentulotukea ja tekevät rikoksia useammin. Huomattava osa vain perusasteen suorittaneista nuorista aikuisista kärsii mielenterveysongelmista; tytöistä 48 prosenttia ja pojista 35 prosenttia on ollut psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tai käyttänyt psyykenlääkkeitä kun koko ikäluokan osalta vastaavat luvut ovat tytöillä 23,9 prosenttia ja pojilla 16,5 prosenttia. Saman ikäluokan vain peruskoulun käyneistä nuorista toimeentulotukeen on joutunut turvautumaan yli puolet kun koko ikäluokasta toimeentulotukea on saanut 23 prosenttia. Samoin kolmasosa ilman peruskoulun jälkeistä jatkotutkintoa olevista pojista on saanut tuomion rikoksistaan 21 ikävuoteen mennessä, kun kaikista pojista tuomion on saanut 14 prosenttia ikäluokasta. Kouluttamattomuus, rikollisuus, mielenterveys- ja toimeentulo-ongelmat siis kasautuvat nuorena aikuisuudessa.

Myös aiempien tutkimusten perusteella koulutuksen puute altistaa monenlaiselle huono-osaisuudelle. Vain perusasteen suorittaneet nuoret kärsivät useammin terveysongelmista ja käyttivät päihteitä korkeammin koulutettuja useammin (Kestilä, 2008). Kouluterveyskyselyn tulokset osoittavat merkittäviä eroja ammattikoulussa ja lukiossa opiskelevien nuorten terveys- ja riskikäyttäytymisessä. Esimerkiksi lukiolaisista pojista noin joka kymmenes tupakoi päivittäin, kun ammattikoululaisista pojista neljä kymmenestä

ilmoittaa tekevänsä niin. Samalla tavalla lukiolaisista tytöistä 11 ja ammattikoululaisista tytöistä 39 prosenttia tupakoi päivittäin. Myös alkoholinkäytön suhteen ammattikoululaisilla ja lukiolaisilla on eroja, molempien sukupuolien suhteen. Viikoittain tai useammin alkoholia käyttää ammattikoulua käyvistä tytöistä 19 ja pojista 26 prosenttia, kun osuudet lukiolaisilla ovat 9 prosenttia tytöistä ja 14 prosenttia pojista.

Työttömyys ja kouluttamattomuus kulkevat usein käsi kädessä. Työttömänä olevien kouluttamattomien nuorten määrä on myös kasvussa, ja vuonna 2010 Suomessa olikin sellaisia nuoria jo 51 300, mikä vastaa määrältään melkein yhtä ikäluokkaa (Myrskylä, 2011). Joka vuosi noin 4 000 Suomessa asuvaa nuorta ei saa peruskoulun jälkeistä koulutusta paikkaa useista eri syistä johtuen. Tämän lisäksi useat nuoret keskeyttävät lukion ja ammatillisen koulutuksen. Yhteensä jokaisesta ikäluokasta noin 15 prosenttia ei suorita toisen asteen tutkintoa. Tänä päivänä Suomessa asuukin jo noin 110 000 20–29-vuotiaasta nuorta, jotka ovat suorittaneet vain perusasteen tutkinnon (Myrskylä, 2012).

Tänä päivänä suomalaisilla työmarkkinoilla vaaditaan kuitenkin jatkuvasti parempaa koulutusta, ja sellaisia työpaikkoja, joissa ei tarvita ammatillista koulutusta, katoaa koko ajan. Toisen asteen koulutuksen puute ei ainostaan nosta työttömyyden riskiä vaan lisää myös työttömyyden pitkittymisen riskiä, joka taas puolestaan heikentää uudelleen työllistymisen mahdollisuuksia (Sipilä ym., 2011; Jolkkonen ym., 2010,).

Lasten ja -nuorten hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden kansainvälistä tarkastelua

Kansallinen syntymäkohortti 1987 –tutkimuksen tulokset ovat hyvin samankaltaisia kuin on havaittu Ruotsissa varhaislapsuuden olosuhteiden vaikutuksista nuorten aikuisten pärjäämiseen. Ruotsin Kansanterveyslaitoksen tekemän lasten ja nuorten terveyteen liittyvää epätasa-arvoa koskevan kirjallisuuskatsauksen perusteella myös Ruotsissa sosiaalisesti heikoista oloista tulevilla lapsilla ja nuorilla esiintyy enemmän terveysongelmia kuin väestöllä keskimäärin. Kuolleisuus sekä fyysisen terveyden ongelmat ovat heikoista sosiaalisista oloista tulevilla lapsilla ja nuorilla yli 30 prosenttia yleisempiä ja mielenterveyden ongelmat jopa 80 prosenttia yleisempiä kuin paremmista lähtökohdista tulevilla lapsilla ja nuorilla (Swedish National Institute of Public Health, 2011). Heikosta sosiaalisesta asemasta tulevilla lapsilla ja nuorilla myös itse aiheutettuja tapaturmia oli keskimäärin melkein kolminkertaisesti, ja muiden aiheuttamia väkivaltaisia tapaturmia yli kaksinkertaisesti parempiosaisiin lapsiin ja nuoriin nähden. Lisäksi kognitiivisen kehityksen hidastumia esiintyi heikoista sosiaalisista oloista tulevilla lapsilla ja nuorilla kolme kertaa useammin kuin muilla lapsilla ja nuorilla. Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan lasten ja nuorten terveyserot vastaavat suuruusluokaltaan aikuisten terveyseroja. Esimerkiksi sosiaalisella asemalla selitettynä kuolleisuudessa oli 1,4-kertainen riski niin lasten kuin aikuisten osalta.

OECD:n laajojen teollisuusmaiden välisistä vertailuista nähdään, että esimerkiksi lapsiperheiden köyhyys on Suomessa huomattavasti muita maita harvinaisempaa. Suomessa köyhiä lapsia oli 4,7 prosenttia, kun OECD-maiden keskiarvo oli 11,1 prosenttia. Toisaalta OECD:n tutkimusten perusteella näemme, että Suomessa lapsiperheiden köyhyys on kasvanut vuosien 1990 ja 2008 välillä 2,9 prosenttiyksikköä, kun se samanaikaisesti on vähentynyt useissa kehittyneissä valtioissa OECD:n keskiarvon ollessa 0,6 prosenttia (OECD Family Database).

Tiedämme myös, että lapsiperheiden köyhyyden kasvun lisäksi tuloerot ovat kasvaneet Suomessa viimeisen parin kymmenen vuoden aikana. OECD:n tilastojen mukaan Suomessa sekä ns. liberaaleissa hyvinvointivaltioissa (Esping-Andersen, 1990) on tuloerojen kasvu ollut erityisen voimakasta. 1980-luvulta 2000-luvun loppuun mennessä Suomen gini-kerroin kasvoi 0,21:stä 0,32:een. Kun vielä 1980-luvulla oli Suomi niin sanottujen pienten tuloerojen maa, on se tänä päivänä keskikastia (OECD, 2011). Gini-kerroin kuvaa tulonjakautumisen tasa-arvoisuutta, akselilla 0-1, jossa täysin täydellisen taseisessa tulonjaossa arvo on 0, kun taas maksimaalisesti epätasaisen tulonjaon toteutuessa arvo on 1.

OECD:n tilastoista selviää myös, että yksinhuoltajaperheiden köyhyys on Suomessa huomattavan yleistä kahden vanhemman perheisiin nähden. Yksinhuoltajaperheistä 14,2 prosenttia voidaan lukea köy-

hiksi (OECD Family Database). Lisäksi työttömien vanhempien lapsista jopa puolet elää köyhässä perheessä. Maiden välisiä lapsiperheiden köyhyyslukujen eroja selittää äitien työssäkäynti: jos äitien työssäkäynti on harvinaista, ovat köyhyysluvut korkeimpia. Suomessa äitien työssäkäynti on varsin yleistä, sillä jopa 69 prosenttia alle 15-vuotiaiden lasten äideistä käy töissä. Tämä selittää osin verrattain vähäistä lapsiperheiden köyhyyttä työmarkkinoihin kiinnittyneiden lapsiperheiden osalta (OECD Family Database).

WHO:n koululaistutkimuksen mukaan jo 11-vuotiaiden lasten kohdalla sosioekonominen tausta vaikuttaa koettuun terveyteen, elämänlaatuun ja tyytyväisyyteen, terveystäytymiseen sekä perhe- ja ystävyyssuhteisiin ja koulussa menestymisen kokemuksiin maailmanlaajuisesti. Suomen tulokset ovat tämän tutkimuksen mukaan sosioekonomisen aseman vaikutuksilta keskikastia (Currie ym., 2012).

Rekisteriaineiston vahvuudet ja tulosten luotettavuus

Rekisterien avulla tehty pitkäaikaisseuranta tarjoaa monia mahdollisuuksia hyvinvoinnin seurantaan ja hyvinvoinnin kehittymisen tutkimukseen. Kansallinen syntymäkohortti 1987 on ensimmäinen pitkittäisseuranta, joka kattaa kaikki Suomessa tietynä vuonna syntyneet lapset. Suomalainen rekisteritieto on tutkimuksellisessakin mielessä huipputasoa, sekä laadultaan että määrältään.

Valtakunnallisen rekisteriseurannan ehdoton vahvuus on aineiston kattavuus, sekä tutkimusjoukon, käytettyjen muuttujien kuin alueellistenkin tekijöiden osalta. Hyvinvointiin liittyvissä kyselytutkimuksissa ongelmana on usein vaikeus tavoittaa juuri ne henkilöt, joiden tilanteesta tiedetään vähiten. Halukkuus osallistua tutkimuksiin on kytköksissä muun muassa sosioekonomiseen asemaan ja usein heikoimmilla olevat ovatkin kyselytutkimuksissa aliedustettuja. Kansallinen syntymäkohortti 1987 –tutkimuksen tulokset perustuvat koko Suomen kattaviin rekistereihin, eikä niistä saatava tieto ole painottunut esimerkiksi taustatekijöiden suhteen.

Toisaalta Kansallinen syntymäkohortti 1987 –tutkimuksen tulokset perustuvat palveluiden käyttöön, joten kuva hyvinvoinnista piirtyy lähinnä pahoinvoinnin puutteena. Suomalainen hyvinvointitieto ei siis perustu hyvinvointiosoitimien tuottamaan tietoon varsinaisesta hyvinvoinnista. Palveluiden käyttöön perustuvat tulokset eivät sinällään kerro myöskään sairastavuudesta, vaan ainoastaan palveluiden käytöstä. Toisaalta tiedämme myös, että esimerkiksi mielenterveyspalveluiden suhteen kaikki palveluita tarvitsevat eivät niitä saa. Tästä huolimatta rekisteripohjainen pitkittäisseuranta tarjoaa tällä hetkellä luotettavaa tietoa suomalaisten nuorten hyvinvoinnista.

Hyvinvointia luodaan arjessa

Vaikka Kansallinen syntymäkohortti 1987 –tutkimuksen tulosten valossa suurin osa nuorista aikuisista voi hyvin, kertovat tulokset myös pahoinvointiongelmien kasaantumisesta sekä ylisukupolvisista prosesseista. Tuloksista löytyy yhteyksiä vanhempien ongelmien ja lasten vaikeuksien välillä, esimerkiksi vanhempien koulutuksen ja lasten mielenterveyspalveluiden käytön suhteen. Nämä korrelaatiot eivät kuitenkaan tarkoita sitä, että kaikki vain peruskoulun käyneiden vanhempien lapset tulisivat tarvitsemaan psykiatrisia erityispalveluita tai että lapsuuden olosuhteet olisivat määrääviä myöhemmän hyvinvoinnin suhteen. Tutkimuksemme tulokset eivät tue ajatusta ennalta määrätyistä tai geenien kautta siirtyvistä ylisukupolvisista ilmiöistä, vaan ennemminkin ajatusta siitä, että kehityksellä on tietty suunta, jota jatkuvasti luodaan arjessa, ja jota ympäristö pystyy niin vahvistamaan kuin heikentämään.

Tutkimustulokset näyttävät eri hyvinvoinnin osoittimilla mitattuna pahoinvoinnin periytyvän, mutta ei pidä unohtaa, että tärkeässä asemassa ovat myös lapsuudenkodin sekä yhteiskunnan arvot ja asenteet, jotka myös siirtyvät sukupolvelta toiselle. Vastikään julkaistun Nuorisobarometrin tulosten mukaan avoin, keskusteleva lapsuudenkoti on voimakkaassa yhteydessä nuoren vahvempaan sosiaaliseen luottamukseen. Nuoret, jotka ovat saaneet vanhemmiltaan myönteistä palautetta tai puhuneet vanhempiensa kanssa iloistaan ja suruistaan, ovat kautta linjan elämäänsä ja sen eri osa-alueisiin selvästi tyytyväisempiä kuin vähemmän keskustelemissa perheissä kasvaneet.

Tiedämme tutkimuksista, että terveysongelmat ilmenevät usein vasta pitkän ajan kuluttua. Näin ollen hyvinvoinnin tukeminen ja ehkäisevä työ tulisikin aloittaa varhain, jo ennen ongelmien ilmaantumista, ja varhaislapsuudessa ja lapsuudessa ilmeneviin signaaleihin tulisi puuttua ennen vaikeiden oireiden ilmentymistä. Yksilön kannalta tarkasteltuna tänä päivänä suomalainen palvelujärjestelmä toimii vasta vakavien ongelmien ilmaannuttua.

Vuonna 1987 syntyneiden ikäluokka varttui 1990-luvun laman aikana, jolloin työttömyys ja taloudelliset vaikeudet kohtasivat huomattavaa osaa perheistä. Myös tuolloin tehdyt poliittiset päätökset heijastuvat tähän päivään. Lasten ja perheiden peruspalveluita karsittiin voimakkaasti, ja ehkäisevästä työstä tingittiin. Koululaisten terveystarkastuksia vähennettiin, neuvolan perhevalmennuksia karsittiin, lapsiperheiden kotipalvelut ajettiin alas ja koulujen ja päiväkotien resursseissa ja henkilömitoituksissa säästettiin (Paakkonen, 2012). Edelleenkin kunnissa ei ehkäisevää ja hyvinvointia tukevaa työtä ole saatu lamaa edeltävälle tasolle, ja korjaavien palveluiden menot nousevat jatkuvasti. Palvelujärjestelmä ei myöskään vastaa ihmisten todellisiin tarpeisiin, ongelmat ovat tänä päivänä monitahoisia ja kokonaisuuden huomiointi nykyisessä sektoripalvelujärjestelmässä on vaikeaa ja hidasta. Palvelujärjestelmien tulisikin tukea lasten ja nuorten oman elämänhallinnantaitoja ja mahdollisuuksia olla aktiivinen toimija omaan elämänsä liittyvissä päätöksissä.

Vaikka tarkastelumme on keskittynyt palvelujärjestelmiin ja palveluiden käyttöön suhteessa nuorten myöhempiin työelämän valmiuksiin, olisi tärkeää pitää mielessä, että hyvä ja onnellinen lapsuus on tärkeä itseisarvo jo sinällään. Pohjoismaisessa hyvinvointivaltiossa varttuvalla lapsella ja nuorella pitäisi olla mahdollisuus onnelliseen lapsuuteen ja saada tasavertaiset eväät myöhempään elämään vanhempien koulutuksesta, taloudellisesta asemasta ja asuinpaikasta riippumatta. Tärkeää olisi myös tukea ja vahvistaa jokaisen lapsen ja nuoren mahdollisuuksia vaikuttaa omaan elämäänsä ikään sopivassa suhteessa.

Johtopäätökset ja suositukset

Pitkäaikainen rekisteriseuranta avaa uudenlaisia mahdollisuuksia päästä käsiksi hyvinvoinnin ja pahoinvoinnin syntytekijöihin ja -mekanismeihin. Näyttää selvältä, että hyvinvointi eriytyy ja pahoinvointi kasautuu. Suurella osalla nuorista menee hyvin, mutta on kasvava joukko lapsia ja nuoria, jotka tarvitsisivat tukea päästäkseen kiinni yhteiskuntaan. Erilaiset suojaavat tekijät voivat turvata kasvua, vaikka riskejä olisikin. Näistä tärkeimpiä ovat myönteiset ihmissuhteet ja onnistumisen kokemukset esimerkiksi koulussa tai harrastuksissa. On myös muistettava, että haitallisten ja suojaavien ulkoisten tekijöiden merkitys vaihtelee yksilöittäin ja moni haastavissa olosuhteissa varttunut pärjää elämässä hyvin.

Selvitysten perusteella 1990-luvun lamaan aikainen säästömentaliteetti on ohjannut kuntien peruspalveluiden kehittämistä läpi 2000-luvun kasvuvuosien tähän päivään asti. Lama-ajan säästöjen kouriin joutuivat esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvolan sekä kouluterveydenhuollon palvelut, eikä niiden palvelutasoa ole saatu lamaa edeltävälle tasolle asiantuntijoiden suosituksista huolimatta. Tänäkin päivänä kahdessa kolmesta kunnasta päiväkotien ryhmäkoot ovat liian suuria ja melkein puolessa koululuokista oppilasmäärät ovat kasvaneet 1990-luvun ajoista tähän päivään. Lapsiperheiden koteihin tuodut palvelut ovat suurelta osin hävinneet, vaikka ne ovat sekä taloudellisesti että inhimillisesti mitattuna tehokkaimpia tapoja auttaa perheitä ja ehkäistä vanhempien uupumusta (THL, 2012).

Samaan aikaan kun kunnallisia peruspalveluja on leikattu, ovat kalliit erikoissairaanhoidon ja muiden vahvasti korjaavien palveluiden asiakkuudet nousseet jyrkästi 1990-luvun alun tilanteesta 2010-luvulle tultaessa. Esimerkiksi psykiatrisessa laitoshoidossa olevien ja kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten osuus ikäluokastaan on kasvanut 150 prosenttia. Tiedämme kuitenkin, että yhden lapsen kodin ulkopuolelle sijoittamisen taloudelliset kustannukset vastaavat yhden sosiaalityöntekijän vuoden palkkauskuluja. Tutkimusten perusteella ongelmien ehkäisystä säästetyt resurssit lisäävät kalliiden sekä usein liian myöhään tarjottujen ja pahimmillaan tehottomien korjaavien palveluiden tarvetta ja kustannuksia. Olisikin suositeltavaa, että päätöksenteosta vastaavat henkilöt kunnissa ymmärtäisivät varhaiseen hyvinvoinnin tukemiseen satsattujen varojen tärkeyden ja varmistaisivat, että niin lastensuojelulakiin, päivähoitoasetuksiin kuin terveydenhuoltolakiin kirjatut määräykset ja ohjeistukset esimerkiksi päivähoitoryhmien ja koululuokkien ryhmäkoosta ja lasten tilanteen huomioimisesta aikuisten palveluissa toteutuisivat.

Ehkäisevien ja hyvinvointia tukevien palveluiden merkitys korostuu ylisukupolvisen ongelma- ja katkaisemisesta ja syrjäytymisen ehkäisemisessä. Nykyään toimet syrjäytymisen ehkäisemiseksi tulevat valitettavan usein liian myöhään. Konkreettisena ja lakiinkin kirjattuna suosituksena (Lastensuojelulaki luku 1,10§, Terveydenhuoltolaki, luku 8, 70§) on ottaa lasten tilanne huomioon aina, kun vanhemmilla on ongelmia. Aikuispalveluissa olisikin aina selvitettävä lasten tilanne ja vanhempien mahdollinen tarve saada tukea vanhemmuudelleen. Koska hyvinvointi rakentuu arjessa, on aivan oleellista, että eri kasvuympäristöt kuten päivähoito, koulu ja harrastukset toimivat lasten ja nuorten hyvinvointia tukien ja suojaavia tekijöitä vahvistaen.

Ongelmien kasautuminen on usein varhain alkava ketju, jossa ongelmat seuraavat toistaan. Lämsä (2009) on kuvannut nuorten syrjäytymisprosessia eräänlaisena jatkumona elämänhallinnan hankaluuksista avuttomuuden kautta syrjäytymiseen. Syrjäytyminen on ikään kuin luisumista kuiluun, jonka pohjalta ylös kiipeäminen yhteiskunnan täysimääräiseksi jäseneksi on hankalaa ja vaatii usein yhteiskunnalta suurempia taloudellisia satsauksia. Lämsä esittää, että syrjäytymiseen johtavassa ketjussa pahoinvointiongelmiensa kasaantumisen lisäksi oleellista on nuoren elämänhallinnan heikentyminen, ja sitä heikentää myös viranomaisten usein kontrollin kautta muodostuva tuki. Lisäksi syrjäytyneet ja syrjäytymisvaarassa olevat nuoret eivät välttämättä osaa navigoida hyvää tarkoittavien palveluiden viidakossa ja löydä juuri heille suunnattujen palveluiden luokse (Hämäläinen, 2012).

Tutkimuksemme tuloksissa näkyvät vahvasti alueelliset erot niin hyvinvoinnissa kuin palvelujen käytössäkin. Tutkimuksemme perusteella onkin syytä vielä vahvistaa sosiaalipoliittisten toimien alueellisten vaikutusten arviointia. Erityisesti alueellista tasa-arvoa tulisi vahvistaa toisen asteen koulutuksen osalta.

Tutkimuksemme perusteella vain peruskoulun suorittaneille nuorille kasaantuu hyvinvointiongelmia useammin kuin toisen asteen tutkinnon suorittaneille nuorille. Tutkimuksemme perusteella hallituksen suunnitteleman nuorten yhteiskuntatakuun tavoitteet sekä esitetty palvelukokonaisuus, jossa jokaiselle alle 25-vuotiaille sekä alle 30-vuotiaille vastavalmistuneille tarjotaan 3 kuukauden sisällä työhakijaksi ilmoittautumisesta koulutus-, harjoittelu-, työpaja-, kuntoutus- tai työpaikka, vaikuttavat hyviltä toimilta. Mutta jotta nuorten yhteiskuntatakuun tavoitteet saavutettaisiin alueellisesti tasa-arvoisesti, olisi erityisen tärkeää lisätä toisen asteen koulutuspaikkoja niillä alueilla, missä kouluttamattomuus on yleistä. Oppilaitospaikkojen lisäksi tarvitaan myös vaihtoehtoisia tapoja osaamisen kehittämiseen ja tutkintojen suorittamiseen. Täytyy myös muistaa, että pelkkä koulutus tuskin riittää takaamaan hyvinvointia, vaan myös työllistymiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota niin, että kouluttautuminen mahdollistaisi työllistymisen. Työllistämässä olisi toisaalta kiinnitettävä huomiota niihin, jotka tarvitsevat erityisiä tukitoimia tai vaihtoehtoisia työllistymisen muotoja.

Lasten ja nuorten oppimisvaikeuksien, käytösongelmien tai muiden vaikeuksien taustalla saattaa olla geneettisiä tai neurologisia syitä, mutta kehitysympäristöihin, kuten perheeseen, koulunkäyntiin, sosiaaliin suhteisiin tai harrastuksiin voidaan vaikuttaa. Hyvinvoinnin tukemiseen ja arjen sujumiseen vaikuttamalla voidaan ongelmien ilmaantumista estää ja niistä selviämistä edistää. Ongelmiin puuttumisen sijaan tulisikin ensisijaisesti panostaa hyvinvoinnin ja pärjäävyyden vahvistamiseen, jossa päivähoidon ja koulun rooli toimijoina korostuvat. Lisäksi peruspalveluihin ja toisaalta esimerkiksi psykiatriisiin avopalveluihin kannattaa panostaa, sillä ehkäisevä työ sekä varhainen ongelmiin puuttuminen ovat ensiarvoisen tärkeitä niin inhimilliseltä kuin taloudelliseltakin kannalta (Paakkonen, 2012). Nobelisti Heckmanin (2008) laskelmien mukaan inhimillisen pääoman vahvistamiseen varhaislapsuudessa satsatut eurot tuottavat tuplasti enemmän vaikuttavuutta kuin nuoruudessa sijoitetut varat.

Lähteet

- Blane, D., Netuveli, G., & Stone, J. (2007). The development of life course epidemiology. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 55 (1), 31-38.
- Children's Defence Fund (1996). The state of America's children yearbook, Washington DC.
- Corak, M. (2006). Do Poor Children Become Poor Adults? Lessons from a Cross Country Comparison of Generational Earnings Mobility, IZA Discussion paper No. 1993, Institute for the Study of Labor, Bonn.
- Currie C et al., eds. (2012). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).
- Gregg, P., & Machin, P. (1997). Blighted Lives: Disadvantaged Children and Adult Unemployment. *Centerpiece*, 2, 14-18, Center for Economic Performance, London School of Economics and Political Science.
- Duncan, G. J., Brooks-Gunn, J., & Klebanov, P. K. (1994). Economic deprivation and early childhood development. *Child Development*, 65, 296-318.
- Duncan, G. J. & Brooks-Gunn, J., (1999). *Consequences of Growing Up Poor*. Russell Sage Foundation, New York.
- Duncan, G. J., Yeung, W. J., Brooks-Gunn, J., & Smith, J. R. (1998) How much does childhood poverty affect the life chances of children? *American Sociological Review*, 63 (3), 406-423.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press & Princeton: Princeton University Press.
- Feinstein, L. (1998). Pre-school Education Inequality? *British Children in the 1970 Cohort*, Discussion paper 404. Center for Economic Performance, The London School of Economics.
- Gissler, M., Hemminki, E., Louhiala, P., & Järvelin, M.-R. (1998). Health registers as a feasible means of measuring health status in childhood—a 7-year follow-up of the 1987 Finnish birth cohort. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 4, 437-55.
- Grawe, N.D. (2004). Intergenerational mobility for whom? The experience of high- and low-earning sons in International perspective, Teoksessa M. Corak. (toim.), *Generational Income Mobility in North America and Europe*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Heckman, J. J. (2011). The Case for Investing in Disadvantaged Young Children. www.heckmanequation.org
- Herzman, C. (1999). The biological embedding of early experiences and its effects on health in adulthood. *Ann N Y Acad Sci* 896, 85-95.
- Hämäläinen, T. J. (2012). In Search of Coherence: Sketching a Theory of Sustainable Well-Being. Strategic Research, Finnish Innovation Fund, Sitra. Unpublished manuscript.
- Jansen, P. W., Raat, H., Mackenbach, J.P., Jaddoe, V.W.V., Hofman, A., Verhulst, F.C., & Tiemeier, H. (2009). Socioeconomic inequalities in infant temperament. The Generation R Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44, 87-95.
- Jolkkonen, A., Koistinen, P., Kurvinen, A. (2010). Irtisanomisen uhan kohteeksi joutuneiden työllistyminen ja sitä enustavat tekijät. *Työelämän tutkimuslehti*, 2, 101-117.
- Kestilä, L. (2008). *Pathways to Health. Determinants of Health, Health Behaviour and Health Inequalities in Early Adulthood*. Publications of the National Health Institute. A. 23. Helsinki.
- Kestilä, L., Paananen, R., Väisänen, A., Muuri, A., Merikukka, M., Heino, T. & Gissler, M. (2012). Kodin ulkopuolelle sijoittamisen riskitekijät - Rekisteripohjainen seurantatutkimus Suomessa vuonna 1987 syntyneistä. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (1), 34-52.
- Kestilä, L., Väisänen, A., Paananen, R., Heino, T., & Gissler, M. (2012). Kodin ulkopuolelle sijoitetut nuorina aikuisina-rekisteripohjainen seurantatutkimus Suomessa vuonna 1987 syntyneistä. *Yhteiskuntapolitiikka*, tulossa 12/2012.
- Kiernan, K. E. (1995). *Transition to Parenthood: Young Mothers, Young Fathers – Associated Factors and Later Life Experiences*, Welfare State Programme, WSP-113, STICERD, London School of Economics.
- Lastensuojelulaki, Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>
- Lämsä, A. (2009). Tuhat tarinaa lasten ja nuorten syrjäytymisestä Lasten ja nuorten syrjäytyminen sosiaalihuollon asiakirjojen valossa. *Acta University Oulu*, E 102.
- McLeod, J. D. & Edwards, K. (1995). Contextual determinants of children's responses to poverty. *Social Forces*, 73, 1487-1516.
- McLeod, J. D., & Shannahan, N. J. (1993). Poverty, Parenting and Children's Mental Health, *American Sociological Review*, 58, 351-366.
- Myllyniemi, S. (toim.) (2012). *Monipolvinen Hyvinvointi. Nuorisobarometri*. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 127, Hakapaino, Helsinki.
- Myrskylä, P. (2011). Nuoret työmarkkinoiden ja opiskelun ulkopuolella, Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Työ ja Yrittäjyys 12/2011.
- Myrskylä, P. (2012). Hukassa- keitä ovat syrjäytyneet nuoret. Eva analyysi. <http://www.eva.fi/wp-content/uploads/2012/02/Syrjailyminen.pdf>
- Niemelä, M., Paananen, R., Hakko, H., Merikukka, M., Gissler, M. & Räsänen, S. (2012). The prevalence of children affected by parental cancer and their use of specialized psychiatric services: The 1987 Finnish Birth Cohort study. *International Journal of Cancer*, 131, 2117-2125.

OECD (2011). *Divided We Stand. Why Inequality Keeps Rising. An Overview of Growing Income Inequalities in OECD Countries: Main Findings.*

OECD Family Database.

www.oecd.org/els/social/family/database

Paakkonen, T. (2012). *Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujärjestelmä vaikeahoitoisuuden näkökulmasta.* Dissertations in Social Sciences and Business Studies 36. Itä-Suomen yliopisto.

Paananen, R., Santalahti, P., Merikukka, M., Rämö, A., Wahlbeck, K. & Gissler, M. (2012). Socioeconomic and regional aspects in the use of specialized psychiatric care – a Finnish nationwide follow-up study. *European Journal of Public Health*, doi: 10.1093/eurpub/cks147.

Raitasalo, R. & Maaniemi, K. (2011). Nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat sairauspoissaolot ja työkyvyttömyys vuosina 2004–2009. *Nettityöpapereita* 23/2011. Kela, Helsinki.

Saridjan, N. S., Huizink, A.C., Koetsier, J., Jaddoe, V. W., Mackenbach, J. P., Hofman, A., Kirschbaum, C., Verhulst, F. C., & Tiemeier, H. (2010). Do social disadvantage and early family adversity affect the diurnal cortisol rhythm in infants? The Generation R Study. *Hormones and Behavior*, 57 (2), 247–254.

Sen, A. (1999). *Development as Freedom*, Random House, New York.

Silva, P. A. (1996). *Health and Development in the Early Years*, Teoksessa, Silva, P.A. & Stanton, W.R. *Child to Adult*, Oxford University Press.

Sipilä, N., Kestilä, L. & Martikainen, P. (2011). Koulutuksen yhteys nuorten työttömyyteen. Mihin peruskoulututkinto riittää 2000-luvun alussa? *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (2), 121–134.

Smith, J. R., & Brooks-Gunn, J. (1994). Developmental effects of natural transitions in welfare receipt. Paper presented at the Workshop on Welfare and Child Development, National Academy of Science.

Solon, G. (1999). Intergenerational mobility in the labor market, Teoksessa O. Ashenfelter ja D. Gard (toim.), *Handbook of Labor Economics*, Volume 3 A, Amsterdam: North Holland.

Sotkanet, THL, <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>
Swedish National Institute of Public Health (2011). *Social health inequalities in Swedish children and adolescents- a systematic review*, vol. A 11, Strömberg, Stockholm.

Terveystietolaki. Finlex.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveystietolaki ja hyvinvoinnin laitos (2012). *Lapsi kasvaa kunnassa- miten kunta voi tukea lasten hyvinvointia ja vähentää syrjäytymisen riskiä.* Päätösten tueksi 1/2012.

Terveystietolaki ja hyvinvoinnin laitos, Kouluterveyskysely, <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/index.htm>

Wadsworth, M. (1991). *The Imprint of Time: Childhood History and Adult Life*, Oxford: Clarendon Press.